

Memoria del
Trabajo Fin de Grado
en
Enfermería

**Fomento de la Lactancia Materna, Centro
de Salud de Ermitagaña**

Autor/a: D^a Marina López de Sabando Güenechea

Director/a: D^a M^a Dolores Redín Areta

Asesor/a: D^a Marisa Pardo Guillen

Convocatoria: Febrero de 2013

Visto bueno del Director del Trabajo Fin de Grado

D^a M^a Dolores Redín Areta, profesora titular del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra informa que el trabajo titulado:

“Fomento de la Lactancia Materna, Centro de Salud de Ermitagaña”

presentado por D^a Marina López de Sabando Güenechea, reúne los requisitos para su presentación y defensa, por lo que da su visto bueno.

Para que conste donde proceda, se firma el presente documento en Pamplona, a 18 de febrero de 2013.

Fdo.: _____

M^a Dolores Redín Areta

Visto bueno del Asesor del Trabajo Fin de Grado

D^a Marisa Pardo Guillen, enfermera del Centro de Salud de Ermitagaña, informa que el trabajo titulado:

“Fomento de la Lactancia Materna, Centro de Salud de Ermitagaña”

presentado por D^a Marina López de Sabando Güenechea, reúne los requisitos para su presentación y defensa, por lo que da su visto bueno.

Para que conste donde proceda, se firma el presente documento en Pamplona, a 18 de febrero de 2013.

Fdo.: _____

Marisa Pardo Guillen

RESUMEN:

En este trabajo se han desarrollado los aspectos principales sobre la lactancia materna (L.M.): anatomía de la mama, fisiología de la lactancia, técnicas de amamantamiento, beneficios de la lactancia materna, pecho en bebés prematuros, extracción y conservación de la leche, bancos de leche materna, problemas más frecuentes; lactancia, medicamentos, plantas y tóxicos; contraindicaciones para la lactancia y asociaciones de apoyo. Todo ello para que las madres pacientes del Centro de Salud de Ermitagaña cuenten con una guía completa sobre el amamantamiento, a la par que clara y sencilla. El trabajo también comprende un taller sobre L.M. que se impartirá en el centro de salud citado una vez al mes, y se dejará el material en el centro, para que los próximos alumnos de enfermería puedan seguir impartiendo este taller.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. MARCO CONCEPTUAL.....	3
4. “El tema en la Unidad de Prácticas”: EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE ERMITAGAÑA.....	4
5. ANATOMÍA DE LA MAMA.....	5
6. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA.....	7
7. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	9
8. TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO.....	11
9. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	15
10. PECHO EN BEBÉS PREMATUROS.....	16
11. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE.....	17
12. BANCOS DE LECHE (B.L.).....	19
13. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES.....	21
14. LACTANCIA, MEDICAMENTOS, PLANTAS Y TÓXICOS.....	24
15. CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA.....	25
16. DUDAS MÁS COMUNES.....	26
17. ASOCIACIONES DE APOYO.....	27
18. PROPUESTA DE MEJORA.....	28
19. CONCLUSIÓN.....	29
20. BIBLIOGRAFÍA.....	30
21. ANEXOS.....	33
21.1. Anexo I.....	34
21.2. Anexo II.....	35
21.3. Anexo III.....	36
21.4. Anexo IV.....	38
21.5. Anexo V.....	40
21.6. Anexo VI.....	57
21.7. Anexo VII.....	60
21.8. Anexo VIII.....	61

1. INTRODUCCIÓN

La motivación principal que me ha llevado a realizar este trabajo sobre el fomento de la lactancia materna, ha sido la observación de las dudas e inseguridades de las madres en la consulta de la enfermera de pediatría. Al llegar a la primera consulta de enfermería pediátrica muchas de las madres no sabían si tenían suficiente leche para que su bebé no pasara hambre, no sabían si debían despertarlo por las noches para amamantarlo, algunas introducían suplementos sin necesitarlos... Todo esto me animó a desarrollar el trabajo de fin de grado sobre la lactancia materna, además al contrastar mi opinión con la de los profesionales que trabajan en el centro, me pareció conveniente plantear la realización e implantación de un taller mensual sobre fomento de lactancia materna para las madres pacientes del centro de salud, para así cubrir este espacio de formación.

“Si una nueva vacuna estuviera disponible para prevenir un millón o más muertes de niños, y además fuera barata, segura, administrada oralmente, y no necesitara de una cadena de conservación en frío, se convertiría inmediatamente en un imperativo de salud pública. La lactancia materna puede hacer todo esto y más, pero necesita de “una cadena caliente” de ayuda; es decir, de un cuidado adecuado para que las madres refuercen su confianza, para mostrarles cómo hacerlo y evitar prácticas nocivas.”¹

La afirmación anterior es también una motivación en sí misma para fomentar la lactancia exclusiva los 6 primeros meses de vida, puesto que la prevalencia de ésta es muy escasa y si se fomentara no solo se beneficiarían los bebés y sus madres, sino toda la sociedad en general. Por ello el taller a realizar no irá dirigido exclusivamente a las futuras o recién estrenadas mamás, sino también a sus parejas o personas de apoyo más cercanas.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del trabajo es apoyar la lactancia materna en las futuras madres pertenecientes al centro de salud de Ermitagaña, aportando la información oportuna por medio de la realización de un taller sobre lactancia materna.

Los objetivos específicos a lograr son:

- Elaborar un documento con información actualizada y contrastada sobre todos los aspectos relacionados con la L.M.
- Diseñar un taller sobre lactancia materna que sea completo, ameno e interactivo.
- Crear un instrumento de docencia útil, para que los alumnos de enfermería que desarrollen sus prácticas asistenciales en el C.S. de Ermitagaña, puedan continuar con la impartición del taller.

- Con la impartición del taller pretendemos:
 - Mostrar las técnicas correctas de amamantamiento.
 - Aclarar las dudas más comunes que las futuras madres suelen tener sobre este tema.
 - Subrayar la importancia de la L.M. para el niño, la madre y la sociedad.
 - Aportar información a las madres sobre las asociaciones de apoyo de la lactancia.
 - Evaluar la actividad desarrollada como mecanismo para mejorar su impartición.

3. MARCO CONCEPTUAL

En el siglo XVIII, en los periódicos españoles aparecían abundantes anuncios de nodrizas que constituían más de la cuarta parte de los anuncios de ofertas de puestos de trabajo. A partir de 1890, el desarrollo de diversas mejoras en la fabricación y conservación de los sucedáneos de la leche de madre fue desplazando poco a poco este sistema de crianza. De este modo se disminuyó la alta mortalidad que provocaba en los lactantes la leche de vaca sin modificar. Además los cambios sociológicos ocurridos en la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX: incorporación de la mujer al trabajo asalariado, el pensamiento feminista que considera la alimentación con sucedáneos una liberación y los enormes intereses económicos industriales de los fabricantes de sucedáneos; llevaron a la sociedad a la pérdida de la cultura del amamantamiento.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron de forma dramática a lo largo del siglo XX. La experiencia de los Estados Unidos podría ser el paradigma de este fenómeno. Si bien la frecuencia y duración de la lactancia materna en ese país está aumentando en los últimos años, hasta bien entrada la década de 1990 en varios estados se mantenían leyes por las que se detenía a las mujeres que amamantaban en público, acusándolas de exhibicionismo.

En España, diversos trabajos publicados en la última década y los datos de la Encuesta Nacional de Salud recogidos por el Instituto Nacional de Estadística indican que la frecuencia y duración de la lactancia materna no alcanzan el patrón óptimo recomendado por la organización mundial de la salud.

En 1989, la OMS/UNICEF hizo público un comunicado dirigido a los gobiernos: "Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Natural. La función de los servicios de maternidad". El desarrollo del decálogo que constituía, sería el pilar básico de la futura Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, el cual consta de 10 pasos (Anexo 1). Actualmente dentro de estos hospitales encontramos entre otros: Hospital de Fuenlabrada, Madrid; Hospital Costa del Sol, Málaga; Hospital Comarcal de Laredo; Cantabria.

Según el estudio realizado por Barriuso Lapresa L.M^a, Sanchez-Valverde Visus F. et al.² a finales del siglo XX en el centro-norte de España el 79.7% de madres comenzaba amamantando con lactancia materna exclusiva, el 8,5% con mixta y el 11,8% con artificial, a los 6 meses tan solo el 3,9% de los niños continuaban con lactancia materna. La duración media de lactancia materna exclusiva en nuestro medio es de 1,1 mes.

4. “El tema en la Unidad de Prácticas”: EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE ERMITAGAÑA.

Durante la realización de mis prácticas en pediatría del C.S. de Ermitagaña advertí las numerosas dudas que presentaban las madres sobre la lactancia materna y como un elevado número de recién nacidos eran alimentados desde el principio con leche artificial. Por ello comenté con mi enfermera asignada, mi actual asesora externa, la posibilidad de realizar un taller de lactancia materna en el propio centro, al cual las madres pudieran acceder antes de dar a luz y tras el parto, si seguían teniendo dudas o simplemente querían compartir su experiencia. A la enfermera le pareció una idea muy favorable puesto que actualmente en el centro no se imparte ningún taller de este tipo, ni tampoco en el Centro de Atención a la Mujer de esta área. Además la posibilidad de que lo realicen los propios alumnos, se presenta como una muy buena manera para que estos se impliquen en el funcionamiento del C.S.

Para la realización del taller creí conveniente obtener una buena base teórica por mi parte, y una vez obtenida ésta realizar un PowerPoint para que sirva como apoyo en el taller. Por ello a continuación se presentan los puntos más importantes a conocer sobre la lactancia, en los cuales se basa el PowerPoint y por medio de los cuales se comprende la importancia de la lactancia materna para los bebés, sus familias y la sociedad.

5. ANATOMÍA DE LA MAMA

Las mamas son una característica distintiva de los mamíferos, las cuales han evolucionado como órganos productores de leche, puesto que son glándulas sudoríparas apocrinas muy especializadas. Tienen dos características diferenciales muy importantes: la modificación para producir leche y la capacidad de respuesta hormonal.

Las mamas están compuestas de tejido graso, tejido glandular y tejido conectivo de soporte. Los ligamentos suspensorios de Cooper son los encargados de fijarlas a la fascia de músculo pectoral mayor y a la dermis.

El tamaño de las mamas es muy variable, aunque el tamaño habitual en la mujer adulta varía entre unos 10 a 12 cm de diámetro y unos 5 a 7 cm de espesor en su parte medial. La forma también varía dependiendo de la etnia, edad y etapa de la vida. Habitualmente cónica en la adolescente, más esférica en la juventud y pendular en la mujer que ha sido madre. El tamaño de una mama correctamente desarrollada no influye en su capacidad de producir leche³.

5.1. Areola y pezón

La piel del pezón y la areola está pigmentada y sobresale. La piel de la areola es más gruesa que la del resto de la mama, cuyo drenaje tiene lugar hacia la circunferencia de la areola. En ésta se encuentran folículos pilosos, glándulas sudoríparas y unos nódulos sobreelevados: los tubérculos de Morganini, y representan el extremo abierto de las glándulas de Montgomery. Éstos contienen la desembocadura de glándulas sebáceas que segregan una sustancia que lubrica y protege la piel del pezón y los conductos galactóforos. Otros conductos galactóforos drenan en solitario al pezón. Durante el embarazo y la lactancia, la areola incrementa su tamaño y el grado de pigmentación aumenta. El tejido del pezón es eréctil y se alarga con el estímulo. Bajo la piel de la areola y pezón hay poca grasa, pero abundante tejido muscular y conectivo, dispuesto en una maya de fibras radiales y circulares. La misión de esta malla compleja es disminuir la superficie de la areola y pezón en reposo y asegurar la protrusión de esta estructura necesaria durante la succión, lo que le permite adaptarse a la boca del lactante, elongándose hasta drenar leche en la base de la lengua.

La dermis de la areola y pezón contiene abundante tejido vascular, terminaciones nerviosas libres y corpúsculos sensitivos. Las terminaciones sensitivas recogen los estímulos que provocan respuestas neurohormonales que dan lugar a los reflejos de eyección y producción láctea.

5.2. Estructura microscópica de la mama

El tejido glandular de la mama está formado por un gran número de alvéolos en los que se elabora la leche y un sistema de conductos que la conducen hacia el exterior. Los ramilletes de entre 10 y 100 alvéolos se agrupan de forma arborescente en lobulillos; éstos desembocan en conductos o ductos. Los lobulillos se agrupan para formar un lóbulo. Cada mama contiene, aproximadamente, entre 15 y 20 lóbulos, cuyo contenido vierten a la altura de la areola donde los conductos alcanzan su mayor calibre y se denominan conductos

galactóforos. Estos conductos se dilatan aun más al atravesar el pezón y forman los senos galactóforos, que drenan al exterior en número de 8 a 10.

Durante el embarazo, la mama, al prepararse para la lactancia, sufre una proliferación espectacular en la porción de tejido glandular. Las células epiteliales comienzan a mostrar cambios en el primer trimestre. Durante el segundo trimestre, los lobulillos aumentan de tamaño y hay una proliferación generalizada de los ácinos lobulillares, la mayoría de los cuales comienzan a contener material secretado. En el tercer trimestre, la continuación del aumento en el tamaño de los lobulillos lleva a un reemplazamiento del tejido conectivo intra e interlobulillar, hasta que al comenzar la lactancia, sólo un fino septo fibroso separa los lobulillos aumentados de tamaño y distendidos por la secreción. Se reduce el tejido conectivo y adiposo, que son invadidos por células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos; esta invasión de células plasmáticas alrededor de los alveolos es fundamental en la producción de inmunoglobulinas que después pasaran a la leche. Es decir, se deja paso a todas las estructuras encargadas de la producción, mantenimiento y eyección láctea.

5.3. Vascularización de la mama

La vascularización superficial de pezón y areola es muy abundante y contribuye a su color oscuro. Las arterias se ramifican hasta formar una red capilar que desemboca en el círculo venoso. Éste es un plexo extenso bajo areola y pezón que acaba desembocando en los principales vasos venosos de la mama: las venas axilares, las mamarias internas y las intercostales. La red venosa superficial de la mama aumenta mucho durante los últimos meses del embarazo y la lactancia. El calibre de estos vasos se hace mayor y el flujo sanguíneo se incrementa significativamente, especialmente, en el momento de la “subida de la leche”. El gran aumento del tamaño del pecho de este momento, se debe principalmente, a un incremento del flujo sanguíneo a la mama, más que a un aumento brusco de la cantidad de leche.

5.4. Sistema linfático de la mama

El drenaje linfático de la mama se dirige desde los tejidos mamarios más profundos hacia la superficie a través de conductos linfáticos de la piel. Éstos drenan entonces hacia el plexo subareolar y desde éste hacia la axila. Existe un pequeño porcentaje de drenaje hacia el abdomen superior y medialmente hacia la cadena linfática mamaria interna, pero el principal drenaje linfático de toda la mama (incluidos los tejidos mediales) se dirige a la axila.

5.5. Inervación de la mama

La inervación de la mama se produce mediante las ramas cutáneas anteriores y laterales de los nervios intercostales torácicos, con alguna inervación desde el plexo cervical a la parte superior de la mama. Las terminaciones sensitivas son especialmente numerosas en pezón y areola en forma de corpúsculos de Meissner y Merkel.

La innervación de la mama depende también del sistema simpático; no existe innervación parasimpática ni fibras colinérgicas. La innervación de pezón y areola proviene del cuarto nervio intercostal. El nervio produce 5 ramas al llegar a la areola, que se ramifican en numerosas terminaciones sensitivas libres multirramificadas destinadas a la innervación de musculatura lisa de areola y pezón, además de corpúsculos sensitivos y terminaciones libres destinados a recoger estímulos sensitivos (táctiles, succión), detectándose sensibilidad máxima en la areola, intermedia en la mama y mínima en el pezón. La succión o el masaje en esta zona provoca una serie de estímulos nerviosos y neurohormonales que contribuyen a la secreción de prolactina y oxitocina con la consiguiente producción y eyección láctea.

6. FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

La mama se desarrolla en 5 fases, embriogénesis, mamogénesis o crecimiento de la mama, lactogénesis, lactancia (lactogénesis III) e involución. Lactogénesis I se denomina a la etapa en la cual la mama comienza a fabricar pequeñas cantidades de leche (alrededor del 5º-6º mes de embarazo). La Lactogénesis II (estos estadios han sido descritos por Hartman⁴) se da tras el parto, cuando la mama produce abundante leche. Esta etapa comienza un par de días después del parto, puesto que los cambios hormonales maternos son los que la producen. La lactogénesis III o lactancia, es la etapa en la cual la producción de leche es más “sólida”. El funcionamiento normal de la mama no depende solamente de las estructuras anatómicas u hormonales, sino que necesita también el vaciado activo por parte del lactante.

6.1. Regulación de la síntesis, secreción y expulsión de leche

La leche es secretada constantemente por las células de la mama y se almacena, entre tomas, en la luz alveolar. La cantidad de leche que succiona el bebé en cada toma depende por un lado de la eficacia de vaciado de la mama que este tenga, y por otro de la capacidad de síntesis y secreción de la mama.

Hay dos mecanismos que regulan el proceso: centrales y locales. La mayoría de los mecanismos centrales tienen efecto positivo sobre la producción láctea mientras que por el contrario la mayor parte de los mecanismos locales la inhiben.

La **regulación central** de la producción láctea depende en su mayoría de la actividad de: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, insulina y hormonas suprarrenales.

6.2. Prolactina

La prolactina (PRL) se sintetiza por la hipófisis anterior, es la responsable de la diferenciación funcional de las células alveolares para que secreten leche, está presente desde los primeros meses del embarazo preparando la mama hasta el final de la lactancia. La mama gestante no produce leche por la acción de la progesterona y el lactógeno placentario. A las pocas horas del parto desaparece

el lactógeno placentario y unos días después disminuye la progesterona, lo que permite la acción de la prolactina favoreciendo la actividad secretora sin restricciones. La secreción de prolactina tiene un ritmo circadiano que se incrementa durante el sueño.

La concentración de PRL aumenta progresivamente durante el embarazo hasta 200ng/ml, disminuye unas horas antes del parto y aumenta de nuevo unas 3-4 horas tras el nacimiento, cuando comienza la succión. Tras el parto el estímulo más eficaz para la liberación de prolactina es la succión. La succión simultánea de ambos pechos y el aumento de intensidad de la succión pueden duplicar la liberación de prolactina.

Los niveles de PRL van disminuyendo progresivamente en las madres lactantes, aún así a los 6 meses postparto continúa siendo superior al nivel previo al embarazo y aumenta al doble con la succión. Si después del parto la madre no lacta la prolactina vuelve a los valores previos al embarazo en 2-3 semanas (10ng/ml aproximadamente).

6.3. Oxitocina

La oxitocina (OXT) se sintetiza por la hipófisis posterior. Permite la contracción de las células mioepiteliales de la mama que permiten la conducción y eyección de la leche. La oxitocina al igual que la prolactina se libera en respuesta al estímulo del pezón, por succión o manipulación, pero además se puede liberar por estímulos visuales, físicos, sonoros o emocionales agradables, generalmente, relacionados con el bebé.

La oxitocina llega a la mama por vía sanguínea y estimula los receptores específicos de las células mioepiteliales, cuya contracción provoca la salida de la leche del alvéolo, facilitando su desplazamiento por los conductos hacia el pezón. Este proceso se produce de manera continuada durante la succión y consigue rellenar los conductos a medida que van quedando vacíos.

Los receptores de la oxitocina que se encuentran en las fibras mioepiteliales de mama, útero y vagina aumentan en número durante el tercer trimestre y tras el parto. Esto favorece la sensibilidad a la oxitocina segregada durante la lactancia: provoca contracciones uterinas (entruetos), las cuales favorecen la recuperación del estado basal del útero y contribuye a aumentar el placer sexual de la mujer durante el orgasmo.

La **regulación local** de la producción de leche está controlada por factores como la presión intraalveolar, el factor inhibidor de la lactogénesis (FIL) y el compromiso en la vascularización de la glándula mamaria.

La retención de leche dentro de los alveolos aumenta la presión intraalveolar, distiende las células alveolares disminuyendo la síntesis proteica de las mismas y puede comprometer la vascularización y dificultar la llegada hormonal. Aumenta la actividad del FIL al disminuir la sensibilidad de la célula alveolar a la actividad de la prolactina.

En la **lactogénesis II** se produce un aumento masivo en la síntesis de casi todos los componentes de la leche y esto provoca que las mamas aumenten de tamaño

y estén calientes y dolorosas (“subida de la leche”. Una vez iniciada la lactogénesis la cantidad de leche producida va a depender fundamentalmente de la eficacia de la succión. Las situaciones que provocan estrés a la madre y/o al bebé durante el parto, las técnicas defectuosas de succión, la obesidad, los corticoides, la diabetes tipo I, la prematuridad o el bajo peso del recién nacido están asociados con retraso en la subida de la leche y suelen necesitar apoyo especial a las madres tras el parto.

La galactopoyesis es el proceso que mantiene la producción de leche una vez establecida la lactancia. Se habla de lactancia establecida después de los 30 días postparto.

7. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche humana es una mezcla homogénea que se estructura en tres subsistemas o fases: Fracción emulsión (glóbulos de grasa), fracción suspensión (micelas de caseína) y fracción solución (constituyentes hidrosolubles, suero de leche). La cantidad de estos componentes en la leche materna va variando dentro de las diferentes fases de la lactogénesis como a lo largo de una toma completa, por ello el bebé recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y adaptadas al momento justo en el que se encuentra. Este cambio en la composición de la leche favorece la adaptación del bebé a la vida extrauterina.

7.1. Tipos de leche materna

Se distinguen los siguientes tipos de leche materna:

- Por orden cronológico: calostro, leche de transición y leche madura.
- Según la edad gestacional del recién nacido: leche del pretérmino y leche del niño a término.

Calostro: Leche producida durante los primeros 3-4 días de vida del bebé. Tiene un aspecto amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. Durante estos primeros días el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Contiene menos calorías, lactosa, lípidos, glucosa, urea y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, pero sin embargo contiene mayor cantidad de proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Este tipo de leche contiene una gran cantidad de inmunoglobulinas, especialmente IgA, lactoferrina, células defensivas (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos. Además es muy rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.

Esta leche está ajustada a las necesidades específicas del recién nacido:

- facilita la eliminación del meconio.

- facilita la reproducción del “*Lactobacillus bifidus*” en la luz intestinal del recién nacido.

- los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.

- las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

- el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.

- los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.

- los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

Leche de transición: Se produce aproximadamente entre el 4º y 15º día postparto. Es una leche de composición intermedia que va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura. Entre el 4º-6º día post parto se produce un aumento brusco en la producción de la leche “subida de la leche”, esta sigue aumentando hasta alcanzar los 600-800 ml aproximadamente entre los 8 a 15 días post parto.

Leche madura: Es la producida a partir de los quince días postparto. Posee una composición muy compleja, conteniendo elementos nutritivos y no nutritivos. La variación de estos componentes varía entre ambas mamas, entre lactadas y durante la misma mamada, aparte de en las distintas etapas como se ha explicado.

Tabla 1. Lawrence, Ruth. La Lactancia Materna. 4ª Ed. Mosby. 1996. Cambio en la composición de la leche desde el calostro hasta el día 28 tras el parto. Modificada.

	Días después del parto						
Componente	1	2	3	4	5	14	28
Volumen (ml/24h)	50	190	400	625	700	1100	1250
Lactosa (g/24h)	20	25	31	32	33	35	35
Lípidos (g/24h)	12	15	20	25	24	23	29
Proteínas (g/24h)	32	17	12	11	11	8	9

Leche del pretérmino: Las madres que tienen un parto antes de la semana 38-40 producen una leche de composición diferente al calostro durante un tiempo prolongado. Esta leche contiene una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura, puesto que el recién nacido pretérmino tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

En los recién nacidos de muy bajo peso (RNBP), menos de 1500g, la leche del pretérmino no consigue cubrir los requerimientos de calcio y fósforo, y ocasionalmente de proteínas, que el bebé necesita, por lo que deberán administrarse suplementos. (Schandler, 1989).

7.2. Fases dentro de la toma

Inicio de la toma: Al comienzo la leche es rica en componentes hidrosolubles, lo que provoca una coloración de “agua de coco”. Es decir, al inicio de la toma el bebé recibiría la fracción solución, en la cual se encuentran las sustancias hidrosolubles como: algunas vitaminas, minerales, carbohidratos, proteínas, enzimas y hormonas; a esta fracción también se le conoce como suero de la leche.

Mitad de la toma: Aumenta la concentración de micelas de caseína, las cuales hacen que la leche sea de un color blanco opaco. Esta fracción corresponde a la fase que se encuentra en suspensión en la leche humana, esto es, proteínas con función plástica (caseína) y casi la totalidad de calcio y fósforo, los cuales se encuentran en forma micelar.

Final de la toma: Disminuye la concentración de proteínas y aumenta la de lípidos, como ácidos grasos libres, vitaminas y demás constituyentes liposolubles. La leche tiende a una coloración amarillenta. Esta última fracción es más densa por lo que le cuesta más pasar a través de los conductos, por eso se recibe al final de la toma.

Estas variaciones dentro de la misma toma constatan la importancia de que el bebé vacíe la mama entera, para poder consumir las diferentes fases y procurarse los diferentes beneficios de estas.

La leche humana contiene compuestos químicos que transmiten el sabor y el aroma de los alimentos ingeridos por la madre. Esta transferencia aumenta con el avance de la lactancia, facilitando la adaptación del bebé al patrón familiar de alimentación. Aun así las variaciones de la dieta apenas influyen en el contenido proteico, graso, energético y de lactosa. El contenido de vitaminas depende del nivel sanguíneo de la madre y la concentración de vitaminas lipo e hidrosolubles están parcialmente influenciadas por la dieta y el estado nutricional de la madre⁵.

8. TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO

La colocación correcta del bebé al pecho es un requisito fundamental para el éxito de la lactancia. La mayoría de los problemas habituales que suelen sufrir las madres que lactan, sobre todo al principio, suelen deberse a una mala posición, a un mal agarre del pecho o a una combinación de ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del pecho, favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia.

El lactante recibe la leche de su madre mediante la combinación de una expulsión activa y una extracción activa por su parte. El lactante exprime la mama con la lengua, para ello crea una tetina, formada por un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. El bebé no succiona, no hace el vacío, sino que “ordeña” la

mama, para ello la lengua del bebé ejerce un papel fundamental. Cuando lo hace, aprieta la mama con la lengua hacia arriba y hacia sí mismo, la lengua se mueve en forma de ondas peristáltica de delante hacia atrás. De este modo consigue vaciar la mama eficazmente y sin dolor para la madre.

Conociendo lo anterior se entiende que para mamar eficazmente el bebé deberá tener la boca muy abierta, con los labios hacia afuera, el pecho bien introducido y la lengua por debajo de este, por lo que al introducir el pezón debe hacerse no en el centro de la boca, sino más cerca del labio superior. Una vez tenga tanto pecho como sea posible dentro de su boca las mejillas del lactante deberán protruir ligeramente, el bebé deberá estar como comiendo una hamburguesa y no un espagueti (Figura 1).

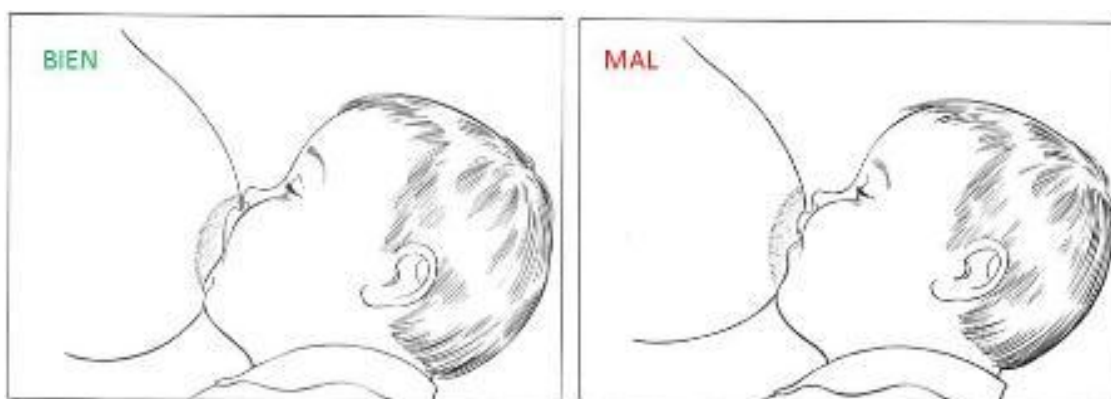


Figura 1. Obtenida de la página: <http://bebescrloh.es/posiciones-adecuadas-para-la-lactancia/>. Consultada el día 10 de enero de 2013.

Para comenzar la toma el bebé debe estar frente al pecho de la madre, con su cabecita apoyada en el antebrazo de la mamá. Es conveniente dar apoyo a las nalgas también y no solo a la espalda, pero no es preciso hacerlo con la mano. La tripita del bebé debe estar pegada a la de la madre.

Para facilitar el agarre del recién nacido al pecho es aconsejable que la madre conozca los reflejos naturales de su bebé. Una vez colocado correctamente la madre puede rozar los labios del bebé con el pezón, provocando así el reflejo de búsqueda. Una vez la boca este bien abierta debe acercarse suavemente el niño al pecho y nunca el pecho al niño. El recién nacido se agarrará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia la parte superior de la boca, como ya ha sido mencionado antes, de esta manera podrá alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. De este modo la barbilla y el labio superior tocarán primero el pecho.

En caso de mamas muy grandes es aconsejable sujetar el pecho por debajo con la mano en forma de “C”, haciéndolo desde la base de éste. No es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo la “pinza”, puesto que de este modo se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. (Figura 2)(Figura 3)



Figura 2. Obtenida de la página web: <http://atusaludporelbuenvivir.blogspot.com.es/2011/11/lactancia-y-atencion-la-primera.html>. Consultada el día 12 de enero de 2013.



Figura 3. Obtenida de la web: <http://www.bellezapura.com/tag/maternidad/>. Consultada el día 12 de enero de 2013.

8.1. Posiciones para amamantar

Para que el momento de la lactancia sea placentero tanto la madre como el bebé deben estar cómodos, habitualmente para eso la madre debe tener la espalda apoyada, bien este sentada o tumbada de lado, el niño debe estar bien sujeto, en brazos de su madre o tumbado en la cama.

1. Sentada: La madre se sienta en una silla o sofá cómodo, que permita que la madre apoye firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia delante. En esta posición resulta cómodo tener un reposa pies para mantener las rodillas en alto y un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al pecho. Apoyar los brazos en esta postura permite dispersar el peso del bebé.(Figura 3)
2. Acostada de lado: La madre se acuesta de lado, apoyando la cabeza en una o varias almohadas y mantiene elevado el brazo que queda por debajo; con el otro sujeta al bebé al que colocará enfrente, también de lado, de manera que su cabeza quede a la altura del pecho. El cuerpo del bebé tiene que estar completamente pegado al de la madre. (Figura 4). En esta postura existe una variante en la cual el bebé se coloca de manera inversa, es muy útil en caso de obstrucciones o mastitis en determinadas zonas. (Figura 5)
3. De pelota de Rugby o Invertida: En esta posición la cabeza del niño descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo. Esta postura es la más utilizada para alimentar a gemelos. (Figura 6).
4. Caballito: es utilizada con niños mayores, los cuales tienen un cierto control sobre la cabeza y mantienen el tronco recto. El bebé se sienta a horcajadas sobre una de las piernas de su madre, mirándole a ella, con las tripas juntas. (Figura 7).
5. A cuatro patas: Esta postura no es muy habitual, pero es especialmente efectiva cuando la madre tiene una obstrucción localizada en la parte superior del pecho. (Figura 8).

Los niños con una movilidad menos limitada (debido a la edad) pueden encontrarse cómodos mamando en múltiples posturas, en estos casos la madre debe ser la que determine si estas posturas le resultan cómodas a ella también. Para valorar la toma del pecho, puede ser útil valerse del cuestionario elaborado por Armstrong⁶ (Anexo II).



Figura 3. Procedente de: enfermeradepediatria.com. Consultada el 12 de enero de 2013 Posición sentada.



Figura 6. Procedente de albalactanciamaterna.org. Consultada el día 12 de enero de 2013 Madre amamantando gemelos.

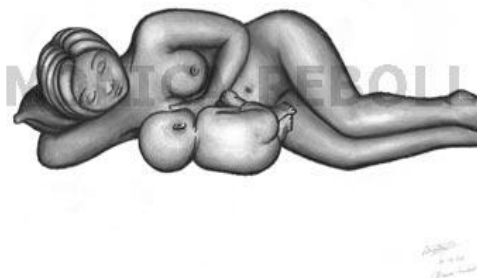


Figura 4. Procedente de: moniilustra.blogspot.com Posición tumbada.



Figura 7. Procedente de albalactanciamaterna.org Consultada el día 12 de enero de 2013. Niño a caballito.



Figura 5. Obtenida en: albalactanciamaterna.org. Consultada el 12 de enero de 2013 De lado inverso.



Figura 8. Obtenida de: blog.mamasybebes.com. Consultada el 12 de enero de 2013. A cuatro patas.

9. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Como se ha visto hasta ahora la leche materna tiene muchos compuestos que no contiene la artificial y una adaptación al lactante que tampoco posee esta, por lo que es, es un fluido vivo y dinámico, además la mayor parte de sus compuestos presentan una gran biodisponibilidad.

Las ventajas de la lactancia materna se conocen parcialmente, pero las diversas investigaciones que se siguen realizando demuestran que estos beneficios se deben fundamentalmente a la complejísima composición de la leche humana, a su adecuación al momento y al vínculo afectivo madre-hijo que crea. Además según la OMS estas ventajas se optimizan cuando la lactancia materna es exclusiva hasta los 6 meses y se prolonga lo máximo posible.

9.1. Beneficios para comunidad y medio ambiente:

La lactancia materna supone una disminución del gasto sanitario (el gasto sanitario estimado en Estados Unidos por la morbilidad causada por la utilización de fórmulas es de unos 3,6 billones de dólares anuales⁷. Además al no enfermar tan habitualmente los lactantes alimentados al pecho, sus progenitores no tienen necesidad de pedir bajas laborales y tienen más tiempo libre para dedicar al resto de hijos al no tener que cuidarles mientras están enfermos. La menor morbilidad de los lactantes también produce un ahorro a la familia al no tener que gastar dinero en medicamentos; tampoco gastan en sucedáneos ni en utensilios necesarios para su administración, esterilización, etc. La fabricación, transporte y utilización de sucedáneos genera basura, gasta agua y electricidad y contribuye a la contaminación medioambiental. El hecho de no tener que preparar biberones de sucedáneos también ahorra mucho tiempo de elaboración a los progenitores del bebé.

9.2. Beneficios para la madre:

Los beneficios principales que se conocen en las madres que dan el pecho son la disminución de riesgo de hemorragia uterina, la disminución del riesgo materno a sufrir cáncer de mama⁸ (la lactancia disminuye el riesgo en un 4,6% por cada 12 meses de amamantamiento) o de ovario⁹, vuelta al peso anterior al embarazo más rápida¹⁰, disminución del riesgo de fractura de cadera¹¹ y disminución del riesgo de artritis reumatoide proporcional al número total de meses de amamantamiento¹².

9.3. Beneficios para el lactante:

La lactancia materna beneficia al lactante desde el inicio de esta y hasta la edad adulta, protegiéndole entre otros de enfermedades del tracto respiratorio, de la obesidad infantil y adulta y mejorando el desarrollo psicomotor en la infancia.

- **En la morbilidad:** Los niños amamantados tienen menos enfermedades¹³, menos graves y de menor duración que los alimentados mediante formulas.
La lactancia materna exclusiva protege frente a la morbilidad producida por diarrea¹⁴⁻¹⁵. Previene de las infecciones cutáneas¹⁶. Disminuye el riesgo de sufrir procesos infecciosos (principalmente infecciones respiratorias e infecciones de orina¹⁷). Además los niños alimentados al pecho tienen menos procesos asmáticos si pertenecen a una familia de riesgo alérgico¹⁸.
- **En mortalidad:** Los niños amamantados al pecho sufren menos muertes por muerte súbita del lactante¹⁹, así como menor número de muertes por diarrea²⁰⁻²¹ o infección respiratoria²².
- **En enfermedades crónicas:** La lactancia materna retrasa el avance de la enfermedad celíaca y proporciona protección contra enfermedades inflamatorias de los intestinos, como colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn²³. Los niños amamantados durante la infancia tienen menos riesgo de sufrir en la vida adulta cáncer gástrico, gastritis, úlcera péptica²⁴, HTA²⁵... Protege también contra la diabetes²⁶⁻²⁷ y la obesidad²⁸⁻²⁹ en la edad adulta. Hay estudios que demuestran que también previene frente a la leucemia³⁰.
- **En el desarrollo intelectual y motor:** El crecimiento del cerebro es esencial en los bebés, el ácido docosohexanóico (DHA) y el ácido araquidónico (AA) tienen un papel importante en el desarrollo de éste y de la vista. El DHA obtenido a través de la leche materna es mucho mayor y con mayor biodisponibilidad del que pueden recibir los lactantes de las leches de fórmula enriquecidas con éstos. El calostro contiene altas concentraciones de AA y DHA, los cuales se acumulan en el sistema nervioso central, especialmente en la retina³¹. La presencia de estos dos ácidos puede ser uno de los motivos por los cuales se observa una mayor puntuación en el desarrollo cognitivo de los bebés durante los primeros meses de vida, como señalan diferentes estudios.³²⁻³³

10. PECHO EN BEBÉS PREMATUROS

Se considera un bebé prematuro cuando el parto sucede antes de cumplir la semana 37 de embarazo. La semana de parto es muy importante, puesto que da idea del grado de desarrollo del bebé. Los pechos de las mujeres pueden producir leche adecuada a las necesidades especiales de un bebé de 34 semanas. Habitualmente estos bebés superan sin mayores problemas su precoz llegada al mundo, siempre que gocen de buena salud.

El bebé prematuro nace, lo llevan a la unidad neonatal, lo examinan y le dan el tratamiento médico adecuado al diagnóstico en el caso de que no sea un bebé prematuro sano. Un bebé prematuro necesita una cantidad diaria de leche equivalente a un quinto de su peso corporal, esto es 200 mililitros de leche si el

bebé pesa 1000g. Pero como su aparato digestivo está aún muy inmaduro, al principio es incapaz de digerir esta cantidad por lo que hay que acostumbrarle poco a poco. Por regla general este acostumbramiento comienza al día o a los dos días de vida. Las dos primeras comidas consisten a menudo en una solución de azúcar y luego se cambia a leche, a poder ser leche materna (bien de la propia madre, lo más recomendable, o leche donada por otra madre).

Los bebés prematuros muy pequeños son incapaces de beber por sí mismos, por lo que reciben la leche a través de una sonda que va directamente al estómago. Más adelante, aprenden a beber y finalmente son capaces de determinar cuándo quieren comer.

Siempre que sea posible, el bebé debe recibir leche materna extraída, puesto que la leche materna es superior a cualquier leche artificial además de que los pechos maternos producen una leche para el bebé prematuro que es distinta de la producida para un bebé nacido a término. Por ejemplo, las proteínas en la leche del bebé prematuro contienen aminoácidos esenciales que son muy importantes para el desarrollo de estos niños; las grasas tienen una composición que las hacen fácilmente digeribles por el pequeño bebé.

A pesar de tantas ventajas, la leche materna no cubre todas las necesidades de los bebés prematuros muy pequeños, por eso una vez que el recién nacido está en condiciones de digerir toda la cantidad de leche, ésta se enriquece con proteínas, hidratos de carbono y sales (calcio especialmente). Además se le da hierro y vitaminas en forma de gotas.

Como cualquier otro bebé sano, un prematuro busca instintivamente el pecho de su mamá en cuanto se le ofrece, por lo que es recomendable fomentar el contacto piel con piel. Abre la boquita y es capaz de engancharse a la mama sin problemas, seguido succiona, pero a veces la leche necesita hasta un minuto para empezar a fluir. Esto no es problema para un bebé nacido a término, pero los prematuros se cansan con mayor facilidad o se duermen tras unos sorbos. Por lo tanto es de suma importancia que los bebés prematuros puedan mamar cuando estén despiertos y con ganas. Para ello es aconsejable inducir el flujo de leche por adelantado mediante un masaje o extrayendo un poco de leche.

11. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE

Lo más natural y deseable es que la madre alimente directamente a su recién nacido, pero en ocasiones esto es imposible, bien por dificultades en el niño o porque madre e hijo están separados. En ocasiones los bebés están demasiado adormilados para lactar o son muy prematuros y no tienen la suficiente fuerza. En estos casos la madre puede extraer su leche para mantener la producción y administrársela a su hijo/a, de este modo se beneficiará de las ventajas de esta. Por otro lado, la incorporación de la madre al trabajo no debería ser un obstáculo para que el bebé siga recibiendo la leche de su madre.

Antes de extraer la leche es necesario lavarse correctamente las manos, y en ocasiones utilizar un cepillo para las uñas. El pecho no necesita una higiene extra, con la ducha diaria es suficiente.

La madre puede extraer la leche de su pecho manualmente, mediante un masaje (Anexo III) o con ayuda de un sacaleches. Los sacaleches pueden ser mecánicos, también denominados manuales (no confundir con la extracción manual) y eléctricos. Los mecánicos necesitan de la colaboración materna, puesto que esta tiene que manipular una jeringa, perilla o palanca para hacer el vacío cada vez, pero son más baratos, fáciles de transportar y no necesitan de ningún tipo de energía, además se amoldan al ritmo que mejor tolere la madre. Los sacaleches eléctricos son más rápidos y requieren menos participación activa de la madre. Hay modelos que tienen dos copas para realizar una doble extracción. Ambos tienen ventajas e inconvenientes, por lo que tendrá que ser la propia madre la que elija cual se adapta mejor a sus necesidades. Los accesorios del sacaleches deben limpiarse después de cada uso con agua y jabón, aclararse bien y dejar secar al aire.

Antes de realizar la extracción mecánica o eléctrica es aconsejable realizar un pequeño masaje rotatorio en el pecho, alrededor del pezón para estimular la secreción de oxitocina y facilitar la extracción. Si la extracción resulta difícil o dolorosa, una ducha previa o baño con agua caliente puede facilitarla, así como la aplicación de calor local. La copa del extractor debe colocarse sobre el pecho, realizando un buen sellado, si no la aspiración puede ser baja y no se realizará un buen vaciado. En los extractores mecánicos, las primeras aspiraciones deberán ser cortas y rápidas, pero una vez que se obtenga leche, estas deberán ser más largas. En los extractores eléctricos, antes de conectar el extractor se debe ajustar el control para que el nivel de presión sea bajo. Una vez la leche comience a salir, esta presión deberá aumentarse. La extracción debe realizarse durante unos 7 a 10 minutos en cada pecho, hasta que el chorro de leche o el goteo sea cada vez más lento.

El inicio y la frecuencia de las extracciones dependen de la situación de madre y bebé. En los casos de recién nacidos enfermos o muy prematuros, cuando la lactancia materna aún no se ha iniciado, es recomendable comenzar con la extracción cuanto antes, para que el bebé pueda beneficiarse del calostro, pero siempre teniendo en cuenta la situación física y psicológica de la madre. Una vez que se ha producido la subida de la leche es recomendable realizar todas las extracciones posibles, cada 2 horas por el día y cada 3 por la noche, siempre teniendo en cuenta el estado físico y emocional de la madre. Cuando la lactancia materna esté bien establecida, el número de extracciones puede ser menor. Para las primeras extracciones utilizar la extracción manual puede ser menos traumática y tener más ventajas.

Si la extracción se realiza debido a la incorporación de la madre al trabajo, esta debería comenzar unos 15 días antes de la incorporación. De este modo la madre se entrena y puede comenzar el almacenamiento de leche. Estas extracciones pueden realizarse después de la primera toma de la mañana; si el bebé hace pausas de 4 horas, se puede realizar la extracción 2 horas después de haber realizado la toma; también podrá realizarse al final de la toma si se tiene sensación de que la mama no está vacía o antes de acostarse si hace un tiempo que el bebé ha mamado.

El entorno de la extracción debe ser lo más favorable posible para las mujeres, para que estas se sientan madres y no productoras de leche. Para ello es recomendable que en el momento de la extracción la madre pueda estar cerca de su bebé, o en contacto físico con él, si esto no pudiera ser posible se aconseja que la madre tenga cerca una foto de su hijo, un ropita suya o algún elemento que le recuerde a él. Para proceder a la extracción de leche la madre debe estar relajada y sentada cómodamente, escuchando música o en un entorno que de algún modo aminore la ausencia del bebé en los casos en los que este no esté.

La leche extraída puede conservarse a temperatura ambiente, en el frigorífico o en el congelador. A temperatura ambiente el calostro aguanta entre 12-24 horas, la leche madura de 6 a 10 horas. En el frigorífico la leche madura puede conservarse hasta 5 días, pero es recomendable congelarla en caso de que no se vaya a utilizar inmediatamente. También puede guardarse en el frigorífico la leche que se va extrayendo durante el día y congelarla al finalizar este. La leche puede mantenerse congelada en congelador en el interior de la nevera 2 semanas, en congelador de 3 estrellas entre 3-4 meses y por último en congelador separado del frigorífico a -18°C , 6 meses. Es muy importante marcar bien la leche con la fecha en la que ésta fue extraída, para consumir antes la leche que fue extraída primero y después la de fecha más cercana.

La leche para consumir en el día o que se vaya a conservar en el frigorífico deberá guardarse en recipientes de plástico si la mayor parte de leche que toma el bebé es extraída, puesto que los leucocitos presentes en la leche tienden a adherirse al vidrio; si no es el caso pueden utilizarse indistintamente envases de plástico o vidrio siempre que estén limpios. A la hora de congelar la leche pueden utilizarse ambos tipos de envases puesto que los leucocitos se estropean al ser congelados. También pueden utilizarse bolsas de plástico específicas para leche, son prácticas y poco costosas, es preferible guardar la leche en doble bolsa bien cerrada. Es recomendable congelar la leche en pequeñas cantidades (60-120 g) para poder descongelar solo la leche que el bebé va a consumir inmediatamente. La leche descongelada puede guardarse hasta 9 horas en el frigorífico, pero no puede volver a congelarse. A la hora de descongelar la leche hay que sostener el envase de la leche debajo del grifo de agua, primero agua fría y después, poco a poco, caliente hasta que la leche esté a temperatura ambiente. También puede dejarse a temperatura ambiente durante la noche, para que se descongele, pero nunca hay que meterla en el microondas. Para calentarla deberá introducirse el envase al “baño María”.

12. BANCOS DE LECHE (B.L.)

Un Banco de Leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispersarla, con todas las garantías sanitarias, a los pacientes que precisen de este producto biológico. La primera función de un banco de leche es promocionar y apoyar la lactancia materna.

En diferentes países existen Bancos de Leche desde el primer tercio del siglo XX. A pesar de que su uso disminuyó durante los 80, coincidiendo con la aparición del SIDA y el desarrollo de fórmulas lácteas para prematuros, este declive en el funcionamiento de los Bancos de Leche fue solo transitorio y actualmente se encuentran extendidos por todo el mundo con una tendencia cada vez mayor hacia la creación de nuevos bancos.

Los B.L. no entran en contradicción con la Lactancia Materna sino que contribuyen a su mayor éxito a través de las siguientes vías:

Hacen posible el estudio y perfeccionamiento de técnicas que colaboran en el mantenimiento de la lactancia, como la expresión de la leche o su conservación para la alimentación de los recién nacidos. La experiencia en otros países ha demostrado que la instauración de un Banco de Leche materna aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado.

Pueden resolver, de manera transitoria, los problemas de alimentación del recién nacido hasta que su madre le pueda dar el pecho.

Tiene un efecto importante sobre la comunidad en que se sitúa porque se destaca que la Leche Materna es un producto de gran valor que justifica el que se organice un dispositivo técnico costoso con el único fin de su preservación y dispensación.

Las madres que pueden ser donantes son: madres que estén lactando durante los primeros 6 meses de vida de sus bebés, dispuestas a la expresión de su leche y que gocen de buena salud; no podrán ser donantes madres con hábitos tóxicos, que consuman medicamentos habitualmente, que se encuentren en fase de enfermedad aguda e incluidas en grupos de riesgo de ser portadoras de enfermedades que pueden ser transmisibles.

Los receptores de la leche materna que se almacena en los bancos de leche son:

Niños muy prematuros durante su ingreso hospitalario, con objetivo de mejorar la tolerancia, la inmunidad, retirar vías centrales, proteger frente a la enterocolitis necrotizante y la infección y proporcionar factores de crecimiento y nutricionales que favorezcan la maduración y el desarrollo.

Niños con antecedentes familiares de atopia, ya que la administración de leche materna disminuye la frecuencia de alergia.

Niños postoperados graves, en periodo neonatal, por los mismos motivos por los que se les proporciona a los bebés prematuros.

Cualquier niño amamantado que precise circunstancialmente leche materna porque su madre no puede administrársela.

Actualmente en España hay 7 bancos de leche: Banc de Llet Materna de les Illes Balears, Islas Baleares; Banco de leche del Hospital 12 de octubre, Madrid; Banco de Leche. Hospital La Fe, Valencia; Banco de leche humana. Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Banco de Leche de Aragón, Zaragoza; MAMA, Banc de llet materna, Barcelona; Banco de Leche de Extremadura, Mérida³⁴.

13. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

A continuación se tratan los problemas más comunes que suelen sufrir las mujeres durante los primeros meses de lactancia. Estos son: Ingurgitación, obstrucción, mastitis, grietas, candidas, pezón plano o invertido. Ninguno de estos deben ser motivo de abandono de la lactancia materna, de hecho tan solo el 5% de la mujeres tienen problemas reales para amamantar³⁵ y se ven obligadas a abandonar la lactancia.

Ingurgitación: Se produce los primeros días tras el parto, cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae, aumentando ambos de tamaño y produciendo dolor. Suele ocurrir con la “subida de la leche”. Habitualmente, esto se da cuando la madre se encuentra en el hogar, por ello la necesidad de informarle sobre la normalidad de este proceso y el modo de solucionarlo.

Se produce una mayor vascularización y un edema o inflamación, que hace que las mamas estén tan tensas que, a veces, el bebé no es capaz de agarrarse al pecho para poder mamar. La leche se acumula en los alveolos y se previene permitiendo que el bebé mame a demanda desde el primer momento tras el nacimiento y asegurando una buena posición y agarre. Aunque es más raro puede darse también una vez la lactancia esté instaurada si hay separación espontánea de madre y lactante, si el lactante mama menos por enfermedad u otro problema o, simplemente, al dormir más horas por la noche.

Para solucionar la ingurgitación la madre debe procurar que sea el bebé quien vacíe la mama, permitiendo la lactancia a demanda. Sin embargo, cuando los pechos están tan tensos que el bebé no se puede agarrar, conviene vaciarlos un poco previamente. Los baños de agua tibia o unas compresas empapadas en agua tibia facilitan la salida de la leche, y extraer un poco de ésta manualmente facilita el agarre del bebé. Si el dolor persiste tras la toma en el pecho que menos ha sido vaciado, puede ser necesario extraer la leche manualmente o mediante un sacaleches, hasta que éste deje de doler. Si a pesar de todo el dolor persiste es recomendable aplicarse frío local (compresas muy frías o verduras congeladas) o tomar un analgésico (paracetamol), pero nunca antes de la toma.

Obstrucción: Es la consecuencia del vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Se acumula la leche en los conductos y se forma un bulto doloroso en el pecho, además de aparecer un enrojecimiento en la piel de la zona. Generalmente, no hay fiebre ni síntomas generales, pero si no es solucionado puede dar pie a mastitis. Habitualmente se producen por una mala técnica de amamantamiento y la utilización de sujetadores de talla y modelo inadecuados, los cuales producen una compresión excesiva.

Para solucionar la obstrucción se debe aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas. Es recomendable colocar al bebé de tal manera que drene la zona obstruida, por lo que es recomendable variar la posición utilizada habitualmente. Para conseguir un mejor drenaje la zona en la que se encuentra la obstrucción debe quedar encima de la lengua del bebé, además de realizar durante la toma un suave masaje de la zona, moviendo el

pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón para garantizar el drenaje completo. Si el pecho no es vaciado del todo, se recomienda el uso de un sacaleches. Por último utilizar un sujetador adecuado al pecho y no utilizarlo para dormir prevendrá de nuevas obstrucciones.

Mastitis: Se produce cuando las obstrucciones no se solucionan o por infección de los conductos. Las grietas en el pezón y los cuadros de ingurgitación también son factores predisponentes. Si no se resuelve puede terminar en un absceso mamario. Las mastitis presentan uno de los principales motivos de abandono de la lactancia. Se reconoce por crear una especie de dureza roja, dolorosa al tacto y caliente. Produce dolor al mamar, que se calma entre toma y toma. Produce síntomas parecidos a los producidos por una gripe: fiebre, malestar general y dolores musculares. La prevención de la mastitis se basa en los mismos factores que los de la obstrucción (buen vaciamiento, sujetador adecuado...).

El tratamiento sería también el mismo que para la obstrucción, pero en este caso sería además recomendable la consulta a un profesional para que sea este quien valore la necesidad de antibióticos. Los antibióticos deben tomarse hasta el final del tratamiento, y el profesional encargado de recetarlos indicará la duración de éste. No será necesario interrumpir la lactancia, puesto que en caso de haber infección esta no se transmite por la leche y los antibióticos a utilizar deben ser compatibles con la lactancia.

La aplicación de frío local entre tomas alivia el dolor, si fuese necesario podrían tomarse analgésicos (paracetamol). El reposo en cama ayuda a la mejoría de las mastitis.

Grietas: Éstas junto con la sensación de insuficiente producción de leche, son una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia por el dolor que producen. Suelen aparecer durante los primeros días de la lactancia, debido a un mal agarre, y pueden presentarse en ambos pechos o solo en uno. A veces, mejoran espontáneamente al ir encontrando madre e hijo la posición correcta. Dar el pecho debe ser algo placentero, por lo que si duele es señal de que el bebé está mal agarrado. Producen un dolor máximo al inicio de la toma, que va disminuyendo posteriormente y desaparece casi por completo cuando el bebe suelta el pecho. A parte de un mal agarre el lavado frecuente o la aplicación de pomadas en el pezón son factores que favorecen la aparición de grietas. A pesar de que la madre haya seguido las recomendaciones adecuadas y empleado una buena técnica, pueden aparecer grietas en algunos casos.

Lo más eficaz para el tratamiento de las grietas es corregir la posición de amamantamiento. En caso de que solamente hubiera grietas en un pezón es recomendable ofrecer primero el pecho sin grietas para que el bebé no succione con tanta ansia el pecho afectado. Para ayudar a su curación la madre puede poner un poco de su propia leche sobre el pezón y esperar a que seque, entre tomas debe procurar mantenerlo seco. La aplicación de cremas de lanolina modificada ha demostrado algunos beneficios, al mejorar la cicatrización, pero su eficacia no está del todo demostrada³⁶.

Candidiasis: Se da principalmente en madres diabéticas y en mujeres con candidiasis vaginales, ya que el bebé puede haberse contaminado durante el parto. Si se encuentra solamente en el pezón, se manifiesta por eritema o

placas blancas en la zona del pezón, pero en el caso de extenderse hacia el interior de los conductos galactóforos, provoca un dolor de “agujas que se clavan hacia dentro del pecho” durante toda la toma, y éste puede continuar un tiempo después de haber finalizado.

La presencia de candidas en otras localizaciones orienta el diagnóstico, pero no siempre están presentes. Esta afección se trata con antifúngicos locales aplicados mediante un suave masaje en el pezón y la areola después de cada toma, no es necesario interrumpir la lactancia. Para evitar la reinfección en la madre hay que tratar ambos pezones aunque solamente haya signos visibles en uno, y tratar también la boca del lactante con una solución antifúngica, tenga o no muguet o candidiasis del pañal. Para la candidiasis de los conductos puede estar indicado un tratamiento oral.

Pezón plano, invertido y pseudoinvertido: Hay muchas formas y tamaños de pezones y la mayoría permiten un amamantamiento sin dificultades. Aun así algunos pezones pueden dificultar el agarre del bebé, por lo que necesitarán apoyo. Para evaluar la normalidad del pezón para el amamantamiento la visualización, únicamente, es insuficiente; la palpación es esencial. Se debe comprimir el pezón entre el pulgar y el índice a unos 2 cm de la base. De este modo el pezón normal protruirá, el pseudoinvertido también protruirá con facilidad (este pezón, volverá a su posición inicial, dentro de la areola tras la estimulación), sin embargo el plano apenas sufrirá cambios y el invertido seguirá hundido dentro de la areola.

Los pezones invertidos permanecen hundidos dentro de la areola puesto que hay bandas de tejido conjuntivo que lo mantienen unido a su base. Suele ser unilateral, pero hay casos de mujeres con ambos pezones invertidos. La lactancia con pezones invertidos es más complicada que en los pezones planos o pseudoinvertidos, pero siempre es recomendable.

En ocasiones el pezón invertido se asocia con un número menor de conductos o anomalía de los mismos, por lo que es necesario verificar una correcta transferencia de leche vigilando el peso del bebé.

Para manejar el pezón invertido se sugiere que el recién nacido mame primero del pecho con el pezón invertido para que lo haga más vigorosamente, se debe facilitar una correcta posición de la madre y del bebé, así como recordar siempre que el bebé toma pecho, no pezón. En el momento en el que el niño abre la boca la madre puede pinzar suavemente la areola colocando los dedos en forma de “u” o “c”, con cuidado de que sus dedos no entorpezcan el agarre, para así introducir la mayor parte de areola posible en la boca del bebé. Antes del agarre del recién nacido se debe asegurar la elasticidad o flexibilidad del área alrededor del pezón y la areola para que éste resulte más sencillo.

Para favorecer la protrusión del pezón se puede utilizar una jeringa cortada invirtiendo el émbolo, para realizar un pequeño vacío, aunque esto no posee una clara evidencia de que funcione.

14. LACTANCIA, MEDICAMENTOS, PLANTAS Y TÓXICOS

Aunque actualmente existen bases de datos (e-lactancia.org) que informan de manera rápida y clara sobre la compatibilidad de medicamentos y lactancia, es necesario conocer unas bases teóricas mínimas para decidir con conocimiento de causa si ciertos productos pueden consumirse mientras se está lactando, o poder diferenciar informaciones erróneas o no fiables de las que sí lo son. Habitualmente se cree que los medicamentos que no se pueden tomar durante el embarazo, tampoco pueden utilizarse durante la lactancia, haciendo que las madres sufran sin necesidad. Para ello a continuación se tratarán las sustancias sujetas a mayor número de consultas.

Tabaco: Las dosis altas de nicotina pueden disminuir la producción de leche por inhibir la producción de prolactina. Los lactantes criados en ambientes de humo padecen más enfermedades respiratorias, por lo que si la madre no puede dejar de fumar, debería disminuir la dosis y no fumar delante del bebé, siempre manteniendo la lactancia para contrarrestar los efectos perniciosos del tabaco.

Alcohol: Se recomienda no consumirlo durante la lactancia, y que en caso de hacerlo sea de forma moderada y muy ocasional. Si se consume se debe dejar pasar unas 3 horas desde el consumo hasta que se da de nuevo de mamar. El consumo crónico produce sedación, desmedro y retraso psicomotor en los lactantes. Más de 0,5 g de alcohol por kg de peso reduce la producción de leche y puede sedar al lactante.

Café: Grandes dosis de cafeína (proveniente de café, refrescos, chocolate, mate...), unas 3 tazas de café al día pueden producir insomnio e irritabilidad al bebé. Hay lactantes que con menos dosis tienen problemas, por lo que la madre deberá valorar como afecta la cafeína a su bebé.

Drogas psicotrópicas: Éstas alteran la conducta y el juicio de la madre, interfiriendo en la capacidad de cuidar de ella misma y de su bebé. El consumo de éstas provoca taquicardia e irritabilidad en el bebé en el caso de las anfetaminas; retraso en el desarrollo psicomotor del lactante en el caso del *cannabis*³⁷ y la cocaína provoca vómitos, diarrea, hiperexcitabilidad, hipertensión y taquicardia³⁸.

Medicamentos: La información que se da a continuación ha sido principalmente adquirida de la página e-lactancia.org.

- De uso común con nivel de riesgo 0: Paracetamol, ibuprofeno, voltarén (diclofenaco), enantyum (dexketoprofeno).
- De uso común con nivel de riesgo 1 (poco probable el producir un riesgo leve): Ácido acetil salicílico (aspirina).
- Con nivel de riesgo 2 (valorar necesidad): Fenindiona, Amiodarona, Amantadina. Tablas de estos medicamentos en Anexo IV³⁹.

En caso de tener que tomar antibióticos, estos deberán ser indicados por un médico, al que habría que mencionar que la mujer se encuentra amamantando, para que este prescriba o no otro medicamento. En caso de necesitar una intervención leve (dentista, por ejemplo), siempre es recomendable mencionar que la madre está dando de mamar.

Exploraciones complementarias de imagen: Las radiografías, tomografías y resonancias, con o sin contrastes, son compatibles con la lactancia. Los medios de contraste para resonancia y los contrastes no yodados son inocuos por no absorberse por vía oral; los yodados tampoco se absorben, por ser productos inertes que se excretan sin liberar yodo. Sin embargo las pruebas con radionúclidos (gammagrafías) obligan a hacer una pausa en la lactancia, por lo que se recomienda extraer leche previamente si se prevé el sometimiento a esta prueba.

Plantas y productos a base de plantas: Hay plantas que tomadas en exceso o durante tiempo suficiente pueden causar daño en el lactante, por ejemplo: salvia, puede causar anorexia y dispepsia en el lactante. La dosis máxima es de 6 g; 0,6 g de extracto seco. Alfalfa, produce efecto estrogénico por lo que no debería consumirse en embarazo ni lactancia. Eucalipto, es neurotóxico y convulsivante, por lo que la dosis máxima al día es de 5 g, 1 g de extracto seco.

Contaminantes ambientales: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los beneficios de la lactancia materna tienen más peso que el riesgo derivado de bajos niveles de contaminantes ambientales en leche humana, en muchos casos, inferiores a los de leche de vaca u otros alimentos.

15. CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA

La lactancia materna está contraindicada en un número mínimo de mujeres. Un gran número de veces la lactancia materna se abandona por comenzar con un tratamiento médico nuevo o por atravesar un cuadro de enfermedad, los cuales no son motivos para el abandono de esta. La L.M. por el contrario sí está contraindicada en los siguientes casos:

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la madre: Esta demostrada la transmisión de VIH tipo 1 por la leche materna. Según la OMS en los países en vías de desarrollo, donde no se dispone de alternativas seguras a la lactancia materna, se recomienda la alimentación del lactante con leche materna exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, puesto que los beneficios que esta aporta son mayores que la probabilidad de adquirir VIH por esta vía. Actualmente, se considera que tras la pasteurización se elimina el virus, por lo que las madres infectadas podrían administrar su leche de manera más segura.

Virus de la leucemia humana de células T (VTLV) I y II: Se ha demostrado que este virus se trasmite por medio de la lactancia materna. La congelación inactiva el virus HTLV-I, por lo que las madres infectadas por este virus podrían extraerse la leche, congelarla y después administrársela al lactante por biberón.

Drogodependencia materna: La lactancia en esta situación está completamente desaconsejada, puesto que los efectos de las drogas pasan directamente al lactante a través de la leche.

Fármacos quimioterápicos o antimetabolitos: Las madres que están bajo tratamiento con estos fármacos deben esperar hasta que estos sean eliminados de la leche para poder reinstaurar la lactancia.

Galactosemia clásica: El déficit de galactosa-1-uridil transferasa es una contraindicación para alimentar al lactante con leche materna. Estos niños deben recibir una dieta exenta de lactosa y galactosa desde el nacimiento.

Deficiencia primaria congénita de lactasa: Este déficit de lactasa precoz, extraordinariamente raro, contraindica totalmente la lactancia materna.

Sífilis: La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pezón o en el pecho contraindican la lactancia, puesto que el treponema puede estar presente en ellas. El niño debe ser aislado de la madre, y si fuese necesario recibir tratamiento con penicilina G. Si la madre ha iniciado tratamiento y las lesiones cutáneas no contienen treponema, podría reanudarse la lactancia al pecho.

16. DUDAS MÁS COMUNES

Durante las prácticas que realicé en enfermería pediátrica, observé, como he comentado antes, que las madres acudían a consulta con muchas dudas. Por eso, a continuación, voy a tratar las más comunes, así como algún mito sobre la lactancia.

- ¿Tengo que despertar al bebé por la noche para que coma?
Mientras que algunos bebés se despiertan para mamar durante la noche, hay otros que debido a su corta edad o a diversas causas no se despiertan, en estos casos se les deberá despertar y estimular todo lo necesario para que lacten, puesto que sino podrían comenzar a perder peso.
- Con que la toma dure 20 minutos es suficiente.
El bebé debe mamar hasta que suelte el pecho espontáneamente, sin importar si ha vaciado por completo ambas mamas o tan solo una. Al ir cambiando la composición de la leche dentro de la misma mamada lo idóneo es que el bebé pueda obtener todas las fases de la leche y no solamente la primera, aunque sea en ambas mamas, que es lo que sucede si solamente se le deja mamar un tiempo controlado. Aun así, siempre hay que tener en cuenta que no todos los niños son iguales, y que mientras un niño puede mamar vorazmente durante 10 minutos y terminar la toma en ese tiempo, a otro le puede costar el doble vaciar una mama y sentirse satisfecho con ello.
- Durante los primeros días es normal sentir dolor.
Si la mamá siente dolor en el pecho al dar de mamar, significa que algo se está haciendo mal, por lo que es una señal de alarma que no se debe descuidar. En estos casos la madre deberá revisar si la postura que mantiene es la correcta y si el agarre del bebé al pecho también está bien hecho. En caso de no percibir que algo se está haciendo mal,

deberá ir a pedir consejo a un profesional. Descuidar el dolor en estos casos puede llevar a que la madre en algún momento no pueda aguantar más y decida interrumpir la lactancia.

- ¿Puedo ponerle chupete?
Cuando las mamás tienen intención de dar pecho a sus bebés lo ideal es que esperen a que la lactancia materna esté bien establecida para ofrecérselo, puesto que si no el bebé podría llegar a sufrir lo que se conoce como confusión tetina-pezón, puesto que no se succiona el chupete y la mama de la misma manera.
- Las mamás con pechos pequeños no producen suficiente leche.
Mientras la madre amamante a su bebé siempre que sea necesario esta producirá tanta leche como su bebé necesita, dando igual el tamaño de las mamas, puesto que todas tienen, aproximadamente, el mismo número de conductos.

17. ASOCIACIONES DE APOYO

Actualmente en España hay asociaciones de apoyo a la lactancia a nivel nacional y estatal como es el caso de FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna), dentro de la cual se encuentra Amagintza (<http://www.amagintza.asociacionespamplona.es>). En la página web de esta asociación las madres pueden encontrar información variada sobre la lactancia, experiencias de madres y teléfonos de contacto de madres voluntarias y con formación específica, las cuales están disponibles para resolver dudas. Dentro de las asociaciones de promoción y fomento de la lactancia también se encuentra “La Liga de la leche” (www.laligadelaleche.es).

En la página web de la Asociación Española de Pediatría (www.aepd.es), se puede acceder al comité de lactancia materna, donde también se encontrará un área para realizar preguntas directamente a este comité.

Por otra parte, también se debe hablar sobre La iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (I.H.A.N.). Esta iniciativa ha sido propuesta por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y sobre todo a las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Se puede consultar más información en su página web: www.ihan.es.

Entre los diferentes hospitales que se encuentran dentro de los denominados amigos de la infancia cabe destacar el Hospital de Denia (<http://www.marinasalud.es/>) (antiguo Hospital Marina Alta), el cual realiza una labor destacable hacia el fomento de la lactancia, el apoyo a las madres lactantes y la promoción de la página e-lactancia.org, donde tanto profesionales como padres y madres pueden obtener información fiable sobre medicamentos y lactancia.

18. PROPUESTA DE MEJORA

La propuesta de mejora que se propone implantar por medio de este trabajo es la realización de un taller mensual, sobre lactancia materna en el Centro de Salud de Ermitagaña. El taller tratará los puntos vistos anteriormente, pero de una manera amena y cercana, para que las madres y familiares reciban una información adecuada y sientan motivación por dar el pecho.

Dentro de los temas que se tratarán se subrayarán los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé, como para la madre, así como la importancia de las correctas posturas de amamantamiento y de un buen agarre. También se le dará especial énfasis al hecho de que la lactancia debe ser algo placentero y que si la madre no se encontrase cómoda realizándolo, debería replantearse seguir continuando con ésta, puesto que los bebés son capaces de sentir la incomodidad de sus madres, así como el nerviosismo o la tristeza de estas. Antes de cerrar el taller se dejará tiempo para que las madres realicen preguntas y se dé respuesta a todas sus dudas.

La charla se realizará con el apoyo de un PowerPoint (Anexo V), que servirá como guía y facilitará la explicación de ciertos puntos con ayuda de imágenes. A las madres asistentes se les entregará un tríptico donde aparecerán los puntos clave tratados en el taller. Se les recordará también que en caso de dudas tras el parto puede asistir de nuevo al taller o plantear nuevas dudas para que de este modo se sientan lo más apoyadas posibles.

El material utilizado durante la exposición se dejará en el centro de salud o en la universidad, de tal manera que los siguientes estudiantes puedan acceder a él. La idea es que los próximos estudiantes continúen con el taller, de este modo la implantación de la propuesta de mejora será indefinida. De la mano de estos nuevos estudiantes estará la actualización de los materiales, de este modo siempre se presentará una charla actual y ajustada a las necesidades del momento.

19. CONCLUSIÓN

La importancia de fomentar la lactancia materna en la sociedad actual es la conclusión inequívoca extraída de toda esta experiencia. La L.M. beneficia al bebé y a la madre en todas sus facetas y este beneficio repercute a la vez en toda la sociedad. Se debe animar a las madres a mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, puesto que es en este periodo cuando mayores beneficios se recibe de esta.

Debemos recordar también las posiciones adecuadas para el amamantamiento, así como la importancia de un buen agarre, ya que el no hacerlo bien es uno de los motivos más comunes para el abandono de la lactancia.

Desde el centro de salud, o asociación de lactancia materna, se debe apoyar siempre a las madres y sus familiares y estar disponibles para resolver sus dudas. Es de especial importancia informar a las madres, antes de comenzar con la lactancia, sobre los problemas más comunes. De este modo las madres no se asustarán si aparece uno de estos problemas y sabrán dónde acudir sin demora, para que sea solucionado lo antes posible.

Intenté realizar el taller a las madres pacientes del centro de salud y a sus acompañantes, pero por falta de tiempo no pude llevarlo a cabo. Por lo que queda pendiente y se procurará impartir antes de la defensa del este trabajo. Lo que si pude hacer fue presentar el taller al director del centro de salud citado. El director quedó muy contento con la presentación de la charla por lo que he sido invitada a presentar el taller a todos los trabajadores sanitarios del centro de salud el próximo 5 de marzo. Aunque puntualizó la mejora de ciertos matices, valoró el taller muy favorablemente (Anexo VIII).

Durante la realización del trabajo me daba cuanta que mientras más información recogía del tema me resultaba más interesante y enriquecedor, pero a la vez me producía mucho respeto al ser tan importante para las madres y sus bebés, lo cual ha hecho que durante su realización me replantease varias veces la manera de enfocararlo.

Ha sido inestimable la guía de mi directora académica, pues una vez enviado el primer borrador y corregido este las dudas se fueron despejando. Poco a poco, con mucha dedicación y agrado he podido ir viendo como el trabajo iba tomando forma y yo iba aprendiendo cada vez más sobre la lactancia e iba sintiéndome más implicada con la importancia de su fomento.

20. BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de lactancia materna de la AEP. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana; 2008. P. 102.
2. Barriuso Lapresa L.Mª, Sánchez-Valverde Visus F., Romero Ibarra C., Vitoria Comerzana J.C. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. Revista Anales Españoles de Pediatría Vol.50 N°3,1999.
3. Comité de lactancia materna de la AEP. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana; 2008. P. 56.
4. Hartman PE: Changes in the composition and yield of the mammary secretion of cows during the initiation of lactation, J Endocrinol 59:231, 1973.
5. Lawrence, Ruth. La Lactancia Materna. 4ª Ed. Mosby. 1996: 93; 45-8.
6. Hernandez Aguilar M.T. y Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica recomendaciones del comité de Lactancia de la AEP.2005; 87: 74-78.
7. Armstrong HC. Training Guide in Lactation Management. New York: IBFAN y UNICEF, 1992.
8. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinnsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. Am J Epidemiol 2001;154:37–42.
9. Ness RB, Grisso JA, Cottrea C, et al. Factors related to inflammation of the ovarian epithelium and risk of ovarian cancer. Epidemiology 2000;11:111–17.
10. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, et al. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. J Nutr 2001, 131:262–7.
11. Michaëlsen K, Baron JA, Farahmand BY, et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. Am J Epidemiol 2001;153(12):1166–72.
12. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. Arthritis Rheum. 2004;50:3458-67.
13. Paricio Talayero JM, Salom Perez A. Tipo de Lactancia y morbilidad general en los primeros 5 meses de vida. An esp Pediatr. 1994; 40: 287-90.
14. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and Extent of Breastfeeding in the United States. Pediatrics.1997;99(6), Disponible en:<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e5>. Consultado el 29 de enero de 2013.
15. Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breast feeding for infants: A critical review. Nutr Res Rev 1996;9:89–110.
16. Brown KH, Black RE, de Romana GL, de Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics 1989;83:31–40.
17. López-Alarcón M, Villalpando S, Fajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. J Nutr. 1997; 127:436-43.
18. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: A systematic review with meta-analysis of prospective studies. J. Pediatr. 2001; 139:261-6.
19. Alm B, Wennergren AB, Norrvenius Sg, Skaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia. Arch Dis Child 2002;86:400-2.
20. Betran AP, Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. Br Med J 2001;323:1–5.

21. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: Promotion of breast-feeding. *Bull WHO* 1984;62(2):271–91.
22. Arifeen S, Black RE, Atbeknab G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001;108(4):e67.
23. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J* 1989;298:1617–8.
24. Koletzko S, Griffiths A, Corey M, Smith C, Sherman P. Infant feeding practices and ulcerative colitis in childhood. *Br Med J* 1991;302:1580–1.
25. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: Two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001;357:413–9.
26. Jones ME, Swerdlow AJ, Gill LE, et al. Pre-natal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus: A record linkage study. *Int J Epidemiol* 1998;27:444–9.
27. Norris JM, Scott FW. A meta-analysis of infant diet and insulin-dependent diabetes mellitus: Do biases play a role? *Epidemiology* 1996;7:87–92.
28. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Carmargo CA Jr., Berkey CS, Frazier AL, Rockett HRH, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001;285:2461–7.
29. von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al. Breast feeding and obesity: Cross sectional study. *Br Med J* 1999;319:147–50.
30. Shu XO, Linet MS, Steinbuch M, et al. Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1765–72.
31. La Liga De La Leche. La lactancia materna hace la diferencia. 2ª Ed. 2006.
32. Mortenson EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287:2365–2371.
33. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525–35.
34. Información disponible en la página web de los bancos de leche del estado español. <http://www.aeblh.org/tu-banco>. Consultada el día 25 de enero de 2013.
35. Aguerre Irigoyen A, Barriuso Lapresa L, Ferrández Gonzalo A, Zubizarreta Guerendiain I. Servicio navarro de salud. Lactancia materna: tu mejor herencia. Guía para el profesional sanitario. P.8.
36. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for medical profession. 6th ed. USA: Mosby; 2004.
37. Viveros MP, Llorente R, Moreno E, Marco EM. Behavioural and neuroendocrine effects of cannabinoids in critical developmental periods. *Behav Pharmacol*. 2005;16:353-62.
38. Young SL, Vosper HJ, Philips SA. Cocaine: its effects on maternal and child health. *Pharmacotherapy*. 1992;12:2-17.
39. Paricio Talayero JM, Lasarte Velillas JJ, Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf

La bibliografía principalmente utilizada en este trabajo ha sido:

- Comité de lactancia materna de la AEP. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Lawrence, Ruth. La Lactancia Materna. 4ª Ed. Mosby. 1996.

- Kopans. La Mama en imagen. 2ª Ed. Marban. 1999.
- Aguerre Irigoyen A. Barriuso Lapresa L. Ferrández Gonzalo A. Zubizarreta Guerendiain I. Servicio navarro de salud. Lactancia materna: tu mejor herencia. Guía para el profesional sanitario.
- Hernández Aguilar M.T. y Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones de Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. (Barc) 2005. Disponible en (accedido y descargado el 12 de diciembre de 2012): <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos>.

21.ANEXOS

21.1. Anexo I

10 pasos para lograr un hospital Amigo de la Infancia (disponible en: <http://ihan.es/index13.asp>):

1. Disponer de una normativa escrita de lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia, además de formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que facilite el mejor inicio de la lactancia tras el parto.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto. Este Paso se interpreta ahora como:
Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y como mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área.

21.2. Anexo II

Observación de la toma, cuestionario de Armstrong:

Signos de normalidad	Signos de alerta
Posición <input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé muy junto y bien encarado <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé bien alineados <input type="checkbox"/> El mentón toca el pecho <input type="checkbox"/> <i>Bebé bien sujeto por detrás</i>	<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinada sobre el bebé <input type="checkbox"/> Bebé separado de la madre <input type="checkbox"/> El bebé ha de torcer o doblar el cuello <input type="checkbox"/> El mentón no toca el pecho <input type="checkbox"/> <i>Solo sujeta el hombro o la cabeza</i>
Respuestas <input type="checkbox"/> Busca el pecho si tiene hambre <input type="checkbox"/> <i>Movimientos de búsqueda</i> <input type="checkbox"/> Explora el pecho con la lengua <input type="checkbox"/> Mama tranquilo y despierto <input type="checkbox"/> Se mantiene en el pecho <input type="checkbox"/> Signos de eyección de la leche (goteo, entuertos)	<input type="checkbox"/> El bebé no responde al pecho <input type="checkbox"/> <i>No hay reflejo de búsqueda</i> <input type="checkbox"/> No muestra interés por el pecho <input type="checkbox"/> Bebé inquieto o lloroso <input type="checkbox"/> Se le escapa el pecho <input type="checkbox"/> No se observan signos de eyección
Vínculo afectivo <input type="checkbox"/> Abrazo seguro y confiado <input type="checkbox"/> La madre le mira a la cara <input type="checkbox"/> La madre le acaricia	<input type="checkbox"/> Abrazo nervioso o flojo <input type="checkbox"/> No hay contacto visual entre ambos <input type="checkbox"/> Apenas le toca, o le sacude y atosiga
Anatomía <input type="checkbox"/> Pechos blandos después de la toma <input type="checkbox"/> Pezones salientes, protráctiles <input type="checkbox"/> Piel de aspecto sano <input type="checkbox"/> Pecho redondeado durante la toma	<input type="checkbox"/> Pechos ingurgitados <input type="checkbox"/> Pezones planos o invertidos <input type="checkbox"/> Piel irritada o agrietada <input type="checkbox"/> Pecho estirado
Succión <input type="checkbox"/> Boca muy abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia afuera <input type="checkbox"/> La lengua “rodea” el pecho <input type="checkbox"/> Mejillas redondeadas <input type="checkbox"/> Más areola por encima de la boca <input type="checkbox"/> Succión lenta y profunda, con pausas <input type="checkbox"/> Se ve u oye cómo traga	<input type="checkbox"/> Boca poco abierta, “morritos” <input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia adentro <input type="checkbox"/> No se ve la lengua <input type="checkbox"/> Mejillas tensas o hundidas <input type="checkbox"/> Más areola por debajo de la boca <input type="checkbox"/> Chupadas rápidas <input type="checkbox"/> Se oyen chasquidos
Duración <input type="checkbox"/> Suelta el pecho espontáneamente	<input type="checkbox"/> La madre lo saca del pecho

Los signos en *cursiva* se refieren solo a recién nacidos, no a niños mayores.

21.3. Anexo III

La extracción manual de leche materna es más aconsejable cuando solamente necesite sacar leche de vez en cuando o para aliviar la congestión mamaria. Es más laboriosa pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. Suele ser más conveniente para la extracción en casa.

Técnica de Marmet:

1. Lavarse las manos.
2. Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 o 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
3. Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
4. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.

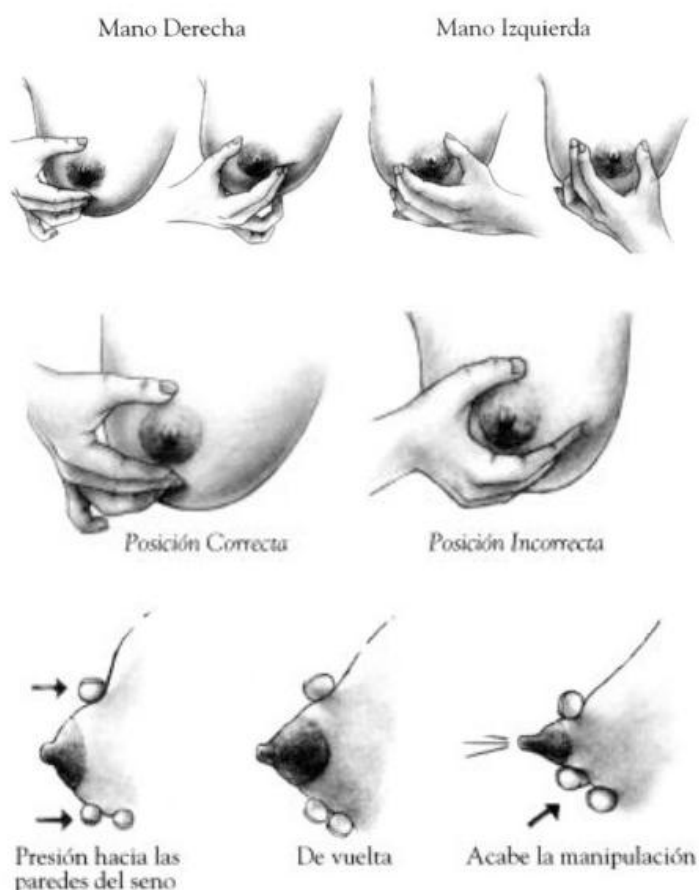


Figura disponible en: amormaternal.com. Consultada el día 12 de febrero de 2013.

5. Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimientos como de rodillos (rodar, no deslizar).
6. Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar).
7. Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.
8. Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
9. Provocar el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir). Puede hacerse simultáneamente.
10. Repetir todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces más. El flujo de leche, generalmente, se enlentece antes la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van vaciando.
11. Evitar estiramientos y maniobras de presión excesiva en el pecho o pezón.



Figura disponible en: maternidadcontinuum.com Consultada el 12 de febrero de 2013.

21.4. Anexo IV

FÁRMACOS A TOMAR CON PRECAUCIÓN DURANTE LA LACTANCIA

Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H), Quinolonas (O), Clindamicina (G), Lindano (H).
Antiepilépticos	Fenobarbital, Primidona (S), Antihistamínicos, evitar los de 1ª generación (S, RL).
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S), Betabloqueantes (CV) (elegir Labetalol, Oxprenolol, Propranolol o Metoprolol), Vasodilatadores/antiadrenérgicos (CV) (elegir Metildopa o Hidralazina), Descongestivos nasales (CV, I).
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales, Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes “activos” (G)
Inmunosupresores (H)	Elegir: Ciclosporina o Azatioprina
Psicofármacos	Litio (CV, S): requiere control clínico y analítico del lactante. Antipsicóticos Fenotiazinas (Clorpromacina) (S). Benzodiacepinas (S) (elegir Lorazepam como ansiolítico). Antidepresivos, Doxepina (S, CV), Nefazodona (S, CV) (elegir: Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina).

- Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en periodo neonatal.

- Consultar medicamentos prohibidos en niños con déficit de glucosa-6-fosfato-DH.

- Posibles efectos a observar: CV: Cardiovasculares, G: Gastrointestinales, H: Hematológicos, I: Irritabilidad, Insomnio, O: Otros, RL: Reducción láctea, S: Sedación.

FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA

Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el yodo*) Derivados del ergot (inhiben prolactina): Ergotamina
Ginecológicos Antineoplásicos	Derivados del ergot: Bromocriptina, Cabergolina y Lisurida
Psicofármacos	Anfetaminas Yoduros, incluso tópicos*
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana Alcohol en exceso

* El yodo es perjudicial en exceso y estos medicamentos contienen yodo en grandes cantidades. No confundir, ni sustituir por el suplemento de 200 microgramos que las mujeres deben tomar durante el embarazo y la lactancia.

21.5. Anexo V

PowerPoint a utilizar en el taller sobre lactancia materna en el Centro de Salud de Ermitagaña.

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Centro de Salud de Ermitagaña



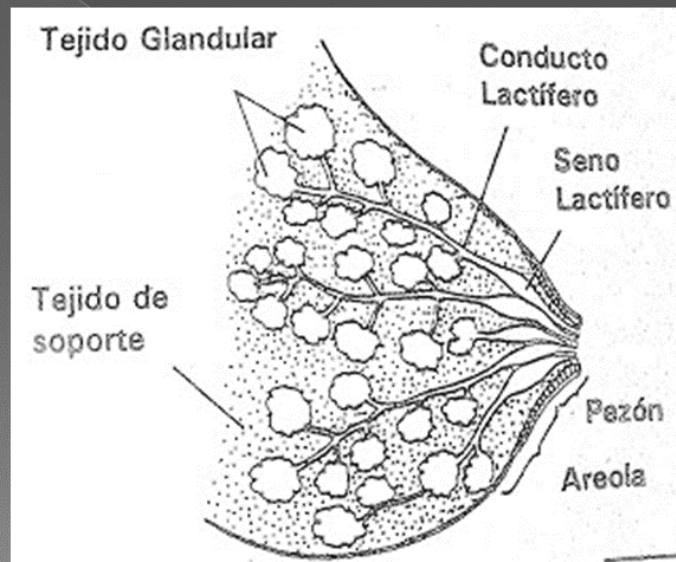
E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Índice

- ◉ Beneficios de la Lactancia Materna.
- ◉ Anatomía y Fisiología de la mama.
- ◉ Composición de la leche materna.
- ◉ Técnicas de amamantamiento.
- ◉ Conservación de la leche.
- ◉ Contraindicaciones para la lactancia.
- ◉ Problemas más comunes.
- ◉ Medicamentos, plantas y tóxicos en la lactancia.
- ◉ Dudas más comunes y falsos mitos.
- ◉ Asociaciones de apoyo.
- ◉ Conclusión.
- ◉ Bibliografía.
- ◉ Dudas.

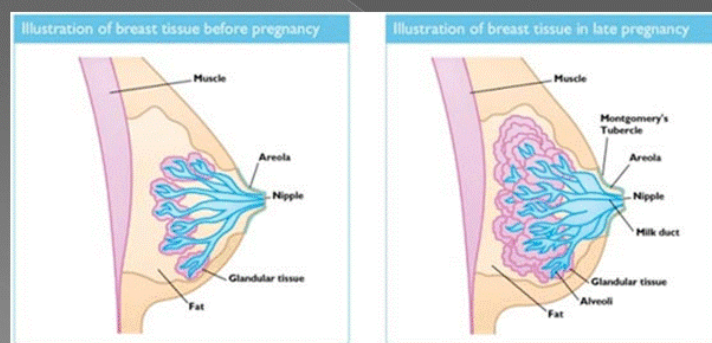
E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Anatomía y Fisiología de la mama



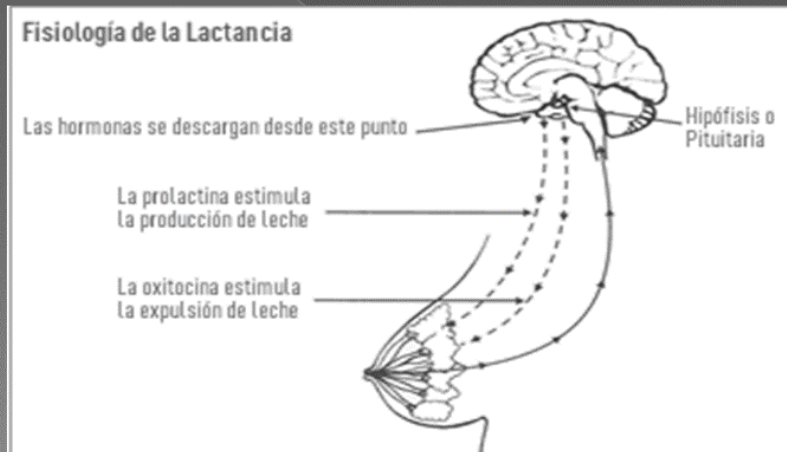
E.U. Marina López de Sabando Güenechea

- 5 fases de desarrollo mamario:
 1. Embriogenesis.
 2. Mamogénesis o crecimiento de la mama.
 3. Lactogénesis o inicio de la secreción de la leche (2 estadíos)
 4. Lactancia (lactogénesis de estadio III).
 5. Involución.



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

- Hormonas que influyen en la lactancia:
 - Oxitocina
 - Prolactina
 - Otras (insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores de crecimiento)



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Composición de la leche materna

- La leche materna esta adaptada a las necesidades de su bebé.
- Es un fluido vivo y cambiante puesto que su composición varia en el tiempo y dentro de la misma toma.
- Cubre las necesidades del bebé los primeros 6 meses de vida, aporta todos los nutrientes necesarios.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Tipos de leche:

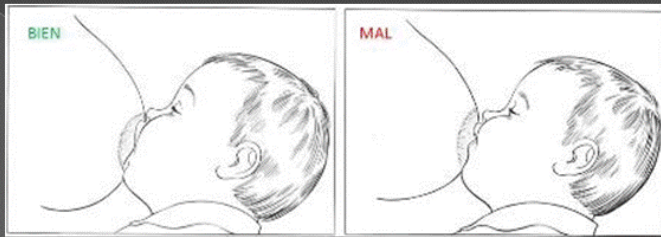
- Calostro: Primeros 4 días. Aspecto amarillo y espeso. Alto contenido en inmunoglobulinas y otros factores defensivos. Muy rico en factores de crecimiento.
- Transición: 4º-15º día postparto. Varía día a día hasta lograr la composición de la leche madura.
- Madura: A partir de 15º día postparto. Composición muy compleja, elementos nutritivos y no nutritivos. Contiene: agua, lípidos, proteínas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas, enzimas...

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Técnicas de amamantamiento



E.U. Marina López de Sabando Güenechea



E.U. Marina López de Sabando Gñenechea

Beneficios de la L.M.

Para la Madre

- Favorece la recuperación postparto (disminuye hemorragia uterina, favorece contracción uterina)
- Disminuye el riesgo de fracturas de cadera y osteoporosis después de la menopausia.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovarios.
- Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Favorece el apego (relación madre-hijo).
- Ayuda a perder el peso del embarazo.

E.U. Marina López de Sabando Gñenechea

Para el Bebé

- ◉ Disminuye las infecciones.
- ◉ Protege de la obesidad infantil y adulta.
- ◉ Padecen menos dermatitis atópicas.
- ◉ Protege frente a enfermedades alérgicas, asma y diabetes tipo 1 (niños genéticamente predispuestos).
- ◉ Mejora el desarrollo psicomotor del niño.
- ◉ Protege del Síndrome de Muerte Súbita del lactante.
- ◉ Disminuye la mortalidad posneonatal durante el 1er año de vida.
- ◉ Menor prevalencia de caries y mejor desarrollo mandibular.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Comunidad, Familia y Medio Ambiente

- ◉ Se reducen gasto en consultas, hospitalizaciones, medicamentos ...
- ◉ Menor ausentismo laboral.
- ◉ Más tiempo para dedicar a los otros hijos.
- ◉ Siempre disponible, estéril y a la temperatura adecuada.
- ◉ Menos desperdicios y menor gasto de agua y electricidad.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Conservación de la leche

- A temperatura ambiente:
 - Calostro: 12 horas
 - Leche madura: 6-10 horas
- En el frigorífico:
 - Calostro: 48 horas
 - Leche madura: 5 días
- En el congelador:
 - Interior de nevera: 2 semanas
 - Congelador de 3 estrellas: 3-4 meses
 - Congelador separado del frigorífico (-18°C): 6 meses

E.U. Marina López de Sabando Gñenechea

Contraindicaciones para la lactancia materna

- Solo el 5% problemas reales para amamantar.
- VIH en la madre.
- Leucemia.
- Algunos fármacos (quimioterápicos o antimetabolitos).
- Madres drogodependientes.
- Galactosemia clásica del lactante.

E.U. Marina López de Sabando Gñenechea

Problemas más comunes

- Ingurgitación
- Mastitis
- Obstrucción
- Grietas
- Cándidas
- Pezón plano o invertido

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

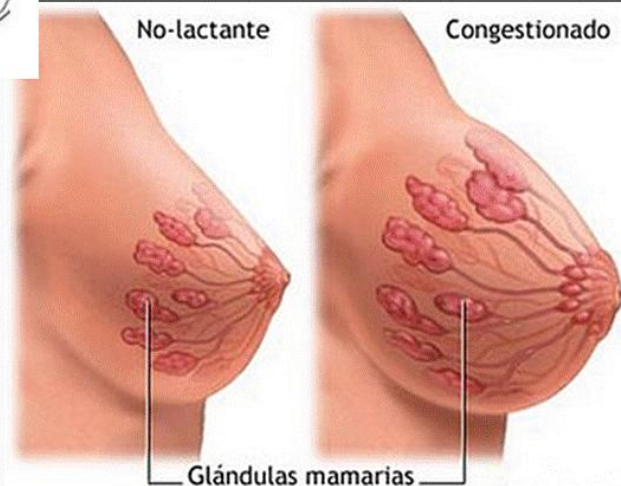
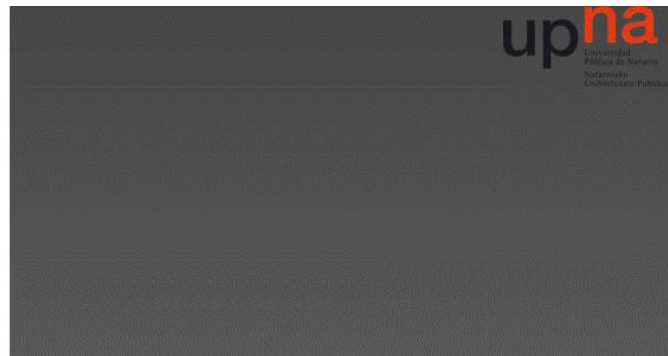
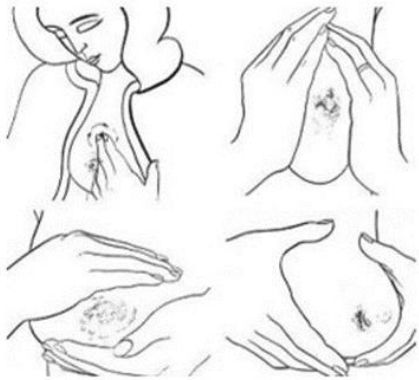
Ingurgitación

- Se produce los primeros días con la subida de la leche.
- Se da en ambas mamas a la vez.
- Ocurre por la acumulación de leche en los alveolos.
- Se previene si dejamos que el bebé mame con frecuencia.

Tratamiento:

- Procurar que sea el bebe quien vacíe los pechos.
- Si es necesario vaciarlos un poco antes de que el bebé comience a mamar.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea



E.U. Marina López

Obstrucción

- Acumulación de leche en los conductos.
- Forman cordones al tacto.
- Si no son solucionados pueden dar pie a mastitis.

Tratamiento:

- Vaciado correcto del conducto.
- Colocar paños calientes en la zona afectada.
- Colocar al bebé de tal manera que la lengua quede en la zona de la obstrucción.

E.U. Marina López de Sabando Gñenechea



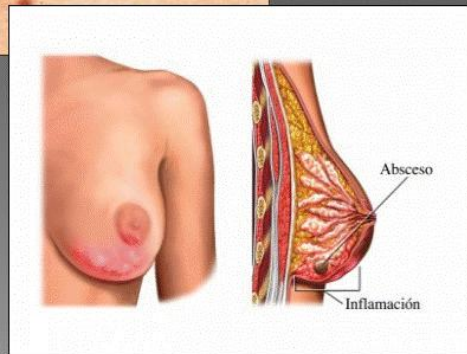
Mastitis

- Suceden por obstrucciones no solucionadas o por infección de los conductos.
- Dureza roja, dolorosa al tacto y caliente.
- Genera síntomas parecidos a los de la gripe, malestar, fiebre y dolores musculares.

Tratamiento:

- Igual que para la obstrucción más valoración de un profesional (antibióticos).

E.U. Marina López de Sabando Güenechea



Copyright © 2012 Nucleus Medical Media

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Grietas

- Dar el pecho debe ser algo placentero, por lo que si duele es señal de que el bebé está mal agarrado.
- Se producen por un mal agarre.
- Dolor máximo al inicio de la toma, desaparece casi por completo cuando el bebé suelta el pecho.

Tratamiento:

- Posición correcta de la boca.
- Las pomadas a base de lanolina suelen mejorar la cicatrización.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Cándidas

- Se da principalmente en madres diabéticas, y mujeres que suelen tener candidiasis vaginales.
- Dolor de agujas que se clavan hacia adentro.

Tratamiento:

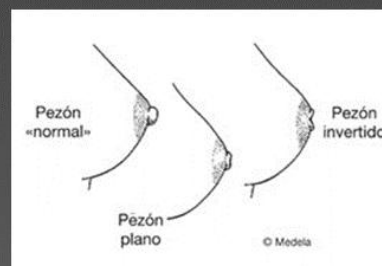
- Antifúngicos locales.
- Tratamiento en ambos pezones.
- Tratar también al boca del bebé.
- No es necesario suspender la lactancia.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Pezón plano, invertido

- Pezón invertido: Se hunde o desaparece dentro de la areola.
- La lactancia con pezones planos o pseudoinvertidos es más sencilla que en los pezones invertidos, pero siempre es recomendable.
- Sugerir que mame primero de la mama con el pezón invertido para que lo haga más vigorosamente.
- Recordar siempre que el bebé toma pecho, no pezón.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Medicamentos, plantas y tóxicos en la lactancia

- Tabaco
- Medicamentos (paracetamol, ibuprofeno, etc.)
- Café
- Alcohol
- Plantas que tomadas en exceso o en tiempo suficiente podrían dañar al lactante: salvia, nuez moscada, alfalfa, amapola, eucalipto...
- No preocuparse por los contaminantes ambientales.

E.U. Marina López de Sabando Güenechea



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Dudas más comunes y falsos mitos

- Las tomas deben durar unos 20 minutos .
- En los primeros días es normal sentir dolor (falso, es normal sentir molestias).
- Chupete, ¿sí o no?
- No despertar nunca al bebe para darle de mamar (falso).

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Asociaciones de apoyo

- Asociación Española de Pediatría
(<http://www.aeped.es>)
- Liga de la leche
(www.laligadelaleche.es)
- Fedalma (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna.
Amagintza, 616816007,
carmen.martin@retana.com)
- I.H.A.N. (OMS y UNICEF)

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Conclusión



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Bibliografía

- Lactancia Materna: Tu mejor herencia
Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea
- Manual de Lactancia Materna
AEP
Editorial Medica Panamericana, 2008
- <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
- E-lactancia.org

E.U. Marina López de Sabando Güenechea

Dudas y comentarios



E.U. Marina López de Sabando Güenechea

21.6. Anexo VI

Tríptico

**FOMENTO DE LA LACTANCIA
MATERNA, CENTRO DE SALUD DE
ERMITAGAÑA**



Imagen disponible en:
neohegquito.blogspot.com Consultada el día 4
de Diciembre de 2012.

E.U.G. Marina López de Sabando
Güenechea

Beneficios de la Lactancia Materna:

Para la madre:

- Favorece recuperación postparto.
- Menor riesgo cáncer de mama y ovarios.
- Disminuye riesgo de artritis reumatoide.

Para el bebé:

- Disminuye infecciones.
- Protege de la obesidad.
- Mejor desarrollo mandibular.
- Menos dermatitis atópica.

Para la sociedad:

- Menor gasto en consultas, hospitalizaciones, medicamentos...
- Menor ausentismo laboral.
- Menor desperdicio, ahorro de agua y energía.

**Claves para una buena posición de
amamantamiento:**

- Postura cómoda.
- Espalda apoyada.
- Acercar niño al pecho, no pecho al niño.
- Bebé con la boca bien abierta.
- Una vez agarrado debe tener ambos labios evertidos.
- Los mofletes deben estar abultados, no hacia adentro.
- Si no está bien agarrado, introducir dedo meñique en la boca para romper vacío.

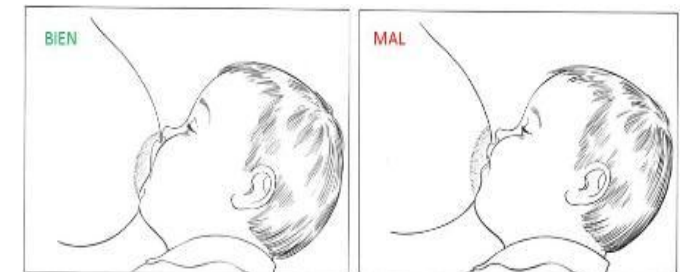


Imagen disponible en:
<http://bebescrloh.es/posiciones-adecuadas-para-la-lactancia/>. Consultada el día 10 de
enero de 2013.

Asociaciones de apoyo más conocidas:

- Asociación Española de Pediatría (<http://www.aeped.es>)
- Liga de la leche (www.laligadelaleche.es)
- Fedalma (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna.)
- Amagintza, asociación de apoyo a la lactancia de navarra. carmen.martin@retana.com
- I.H.A.N. (OMS y UNICEF)



Imagen disponible en:
adivinacuantotequiero.blogspot.com.
Consultada el 4 de diciembre de 2012.

Dudas más comunes:

- ¿Debo despertar al bebé por la noche? Si el bebé no se despierta por su propio pie, habría que despertarlo para amamantarlo, sino podría comenzar a perder peso.
- ¿Es suficiente con una toma de 20 minutos? La toma debe durar hasta que el bebé suelte el pecho espontáneamente, olvidándonos del reloj.
- Al principio es normal sentir dolor. No hay que sentir dolor, pues la lactancia debe ser algo placentero. Podría sentirse cierta molestia al principio, pero esta debería desaparecer pronto.
- Las mamas pequeñas producen poca leche. El tamaño del pecho no importa, mientras la mamá alimenta a su bebé tanto como este necesite, producirá suficiente leche.

Problemas más frecuentes:

- Ingurgitación: 1ºs días, junto con la subida de la leche. Prevención: lactancia a demanda.
- Obstrucción: Acumulación de leche en los conductos. Tratamiento: Vaciado correcto.
- Mastitis: obstrucción no solucionada. Tratamiento: igual que obstrucción + valoración medica.
- Grietas: Producidas por un mal agarre. Se solucionan con un buen agarre y tiempo.
- Cándidas: dolor de agujas que se clavan hacia dentro. Tratamiento: antifúngicos locales + valoración profesional.
- Pezón plano (no sufre a penas cambios) o invertido (se hunde en la areola): La lactancia es más complicada, no imposible, puesto que el bebé toma pecho, no pezón.

21.7. Anexo VII

Cuestionario para realizar al final el taller sobre el fomento de la lactancia materna.

¿Qué le ha parecido la información aportada del taller?

☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy Mala

¿Qué le ha parecido la metodología utilizada?

☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy Mala

¿Qué le ha parecido el material utilizado durante el taller?

☐ Muy Bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy Malo

¿El taller a aclarado las posibles dudas que tenía sobre la lactancia materna?

☐ Si ☐ NO

¿Qué sensación le ha transmitido el/la poniente?

¿Qué puntos positivos subrayaría del taller?

¿Añadiría algún puntos más a los tratados en el taller?

Sugerencias

21.8. Anexo VIII

Valoración de José Manuel Vizcay, director del Centro de Salud de Ermitagaña.